
R25
265
安徽中医学院图书馆

【传承中医——国家级名老中医临证精华】

HANMINGXIANG NEIKE LINZHENG JINGHUA

韩明向

内科临证精华

主　编　张念志　朱慧志
副主编　翁大伟　黄德如　韩　辉　陈　炜
主　审　李泽庚　刘　健
副主审　杨文明　李　平　梁兴伦
　　　　方朝晖　张　梅
编写人员（按姓氏笔画为序）
牛云飞　王国臣　王传博　方朝晖
左　琳　朱慧志　刘　健　许成群
李　平　李中南　李桂琴　李泽庚
余惠平　杨文明　杨　程　杨晓梅
张　梅　张念志　陈　炜　翁大伟
韩　辉　童佳兵　商红芳　邹鑫鑫
吴丽敏　梁兴伦　黄德如　戴国华


中医学院　0594264

时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

选题策划：吴　玲　责任编辑：杨　洋

韩明向简介

韩明向，教授，主任医师，北京中医药大学博士生导师，国家级名老中医，卫生部、国家药品监督管理局及省中药新药审评专家，国家中医药管理局重点学科建设单位呼吸内科学术带头人，香港大学专业进修学院专科顾问，香港大学荣誉教授，享受国务院政府津贴。先后任安徽中医学院第一附属医院中医内科主任、中医内科教研室主任、大内科主任、院长、名誉院长。中华中医药学会理事、中华中医药学会内科分会常委、中华中医药学会内科延缓衰老专业委员会主任委员、中华中医药学会内科呼吸病专业委员会副主任委员。




ISBN 978-7-5337-4920-0

定价：22.00元

【传承中医——国家级名老中医临证精华】

HANMINGXIANG NEIKE LINZHENG JINGHUA

韩明向

内科临证精华



主编 张念志 朱慧志



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

韩明向内科临证精华/张念志,朱慧志主编. —合肥:安徽科学技术出版社,2011.1
(传承中医:国家级名老中医临证精华)
ISBN 978-7-5337-4920-0

Ⅰ.①韩… Ⅱ.①张…②朱… Ⅲ.①中医内科学-经验-中国-现代 Ⅳ.①R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 245011 号

韩明向内科临证精华　　主编　张念志　朱慧志

出 版 人:黄和平　　选题策划:吴　玲　　责任编辑:杨　洋
责任校对:王　静　　责任印制:廖小青　　封面设计:王　艳
出版发行:时代出版传媒股份有限公司　http://www.press-mart.com
安徽科学技术出版社　http://www.ahstp.net
(合肥市政务文化新区翡翠路 1118 号出版传媒广场,邮编:230071)
电话:(0551)3533330
印　　制:合肥创新印务有限公司　　电话:(0551)4456946
(如发现印装质量问题,影响阅读,请与印刷厂商联系调换)

开本:880×1230　1/32　　印张:10.75　插页 4　　字数:305 千
版次:2011 年 1 月第 1 版　　2011 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5337-4920-0　　定价:22.00 元

版权所有,侵权必究



韩明向教授



1997年接待时任卫生部部长张文康（左一）来医院视察



2000年与湖南省委书记、时任团中央第一书记周强同志交流



1999 年与时任安徽省委副书记方兆祥同志（右一）合影



1993年与时任北京中医药大学校长、原全国人大常委会常委王永炎院士合影



和安徽中医学院副院长，时任安徽中医学院第一附属医院院长、党委副书记李泽庚同志合影

与中医呼吸病专业委员会主任委员、中日友好医院晁恩祥教授（左二）等专家合影





与长江学者、北京中医药大学博士生导师田金洲教授（右二）及河南中医学院副院长、博士生导师李建生教授（左二）等专家合影



与湖北省政府参事、湖北中医药大学博士生导师涂晋文教授合影



与成都中医药大学李明富校长合影



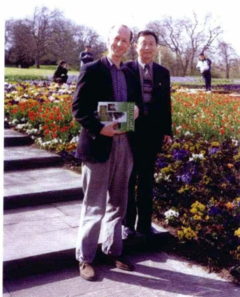
和实验室工作人员合影



参加自己培养的首届硕士研究生王亿平（右一）论文答辩



在香港大学与原香港电视主持人、学生黄德如合影



2000 年在德国留影



2005 年参观美国堪萨斯大学



与德国德累斯顿州市长握手



2001 年与韩国韩瑞大学校长合影

香港大学荣誉教授证书

获奖证书

序

儒医风范，大爱之师

韩明向教授1940年冬诞生于安徽省合肥市。这是一座有着2 000多年历史的古城。江淮大地，地灵人杰，曾经哺育和培养出无数可歌可泣的人物。三国时期，魏主曹操四次到达合肥，专门筑建“点将台”，训练金戈铁马，其手下大将张辽因以少胜多，以弱胜强，“威震逍遥津”而成为美谈；包拯(包公)铁面无私，不仅是合肥人民的骄傲，也是法学界公正执法、刚正不阿的形象；李鸿章是中国清朝末期重臣，洋务运动的主要倡导者，淮军创始人和统帅，在中国近代史上留下了浓墨重彩的一笔；杨振宁，世界著名美籍华人物理学家，因获得诺贝尔物理学奖而成为莘莘学子翘首以望的学习楷模。而韩明向教授也因为在医学领域的显赫成就，成为庐州沃土上的儒医风范、杏林楷模。

今天，当我们回首韩明向教授走过的成功道路，探索其心路历程，可以发现贯穿始终的一个字就是：爱！

爱病人，就要掌握多种本领

韩明向从小虽然不善言辞，外表文弱，但却表现出聪慧过人的天赋。1956年，初中刚毕业，年仅16岁的他即被保送去合肥医科专科学校读书。两年后因为成绩优异，被学校指派到距离家乡数百公里远的安徽淮北袁庄煤矿和界首县陶庙区医疗队从事防疫工作，并任医疗队队长。

亲临一线的实践活动，使刚出校门的他看到了当地医药资源和人才的缺乏。“夫医者，非仁爱之士，不可托也。”那些因贫致病和因病致贫的景象时时震撼着他的心。他觉得：人不穷理，不可以学医；医不穷理，不可以用药，学不博而欲为医难矣！只有掌握扎实本领，才能用有效的方法为患者排忧解难。

期间一件普通的诊疗案例使他萌生了学习中医的决心。

一天凌晨，住在诊所里的他被一阵急促的敲门声惊醒。几个农民抬来了一位30多岁的患者，患者腹部疼痛剧烈，翻身打滚，汗出如油。经初步询问和体检，他认为该患者患的是胆管蛔虫症，属于中医的“蛔厥”证。他立刻想起，对于这种病症，中医老师曾经说过，最好的办法莫过于针灸。于是他立即取来针，消毒后，取穴足三里、内关、中脘等，强刺激并留针3分钟后，患者的表情明显放松；约10分钟后，疼痛即完全缓解。原以为需要手术并且还不知道要花多少钱的患者家属，看到那么严重的症状很快就在小小的银针之下烟消云散了，千谢万谢，久跪不起。这使得初有些踌躇满志的他，耳边又响起了希波克拉底的名言——医术是一切技术中最美和最高尚的。

通过这一件看似平常的小事，他更加感受到中医的神奇。心想：要是在掌握西医的基础上，再掌握中医的技能该多好啊！

机会永远垂青有准备的人！1959年，他如愿以偿，进入安徽中医学院，学习祖国医学。6年里，《黄帝内经》的玄冥幽微，伤寒金匮的六经辨证，金元诸家的独特治法，近代诸子的衷中参西，使他积累了深厚的中医底蕴。“外感法仲景，内伤法东垣；热病用河间，杂病用丹溪”，这些至理名言熟记于头脑中，成为他日后辨证精确、施治高效的法宝。

学习《内经知要》后，书中天人相应的理论思想，摄食养生的独特方式，激发了他对中医保健的兴趣，奠定了日后他从事老年保健和延缓衰老研究的基础。此后，不管是在临床实习期间，还是在毕业会考中，他的成绩始终名列前茅。

6年后，作为安徽中医学院第一届毕业生，他成为仅有的3名留校生之一，有幸留在安徽省中医学术和临床研究的最高学府——安徽中医学院工作。

爱医学，就要勤于探索新路

尽管不久发生了那场浩劫，中医教育遭到冲击和影响，但韩师从未放弃过自己所热爱的医学事业。正如法国胸科医学之父雷涅克所说：“当我们决心要成为医生的那一刻，我们的身上已经挂上了一条看不见的锁链，让我们背负一生。”韩师坚信：医以济世，术贵乎精。

不管在多么简陋的环境下，他都利用可能的条件，孜孜以求，勤奋探索。他几乎每天都要去医院图书馆，中医西医，临床和基础，勤求古训，博采众方。图书管理员只要看到他来了，就把最新上架的书推荐给他。几年里，他写下了十余本读书笔记，尤其对当时最喜爱的《水和电解质平衡》一书，他曾经一字不漏地抄录了下来。在这个常常被许多人声称"荒废掉"的阶段，韩师却获得了大量的知识积累。

学习外语可以说是当时最不受重视的，而韩师笃信亚里士多德的名言——人类所不同于其他动物的特性就在于他对善恶和是否合乎正义以及其他类似观念的辨认。他觉得外语对自己的医学知识的拓展是非常重要的。于是，他随身带着英文辞典，有机会就翻阅、背诵，不久便掌握了大量的医学词汇，奠定了他后来能熟练阅读英文医学文献的基础。

当时他还意识到：在东方医学的研究领域，日本有许多关于汉方医学的理念和方法值得借鉴，只有知己知彼，才能他山之石，用以攻玉。正如诺瓦利斯所说："每个研究者都应该承认，如果没有其他科学的存在，哪一门科学便都不成为科学。"而了解日本医学最捷径的方法是学习日语。于是，他就从最基础的平假名、片假名开始，长期自学，持之以恒，遇有合适的人就请教读法、写法、词法、名法、章法等，逐渐达到了能阅读日文医学期刊的水平。

魏荔彤《金匮要略方论本义·卷一》云："大约心细则眼明，多读书辨证则理明识广。"这一点在韩师的临床治学方面也得到鲜活的验证。从1970年1月起在安徽中医学院附属医院内科工作期间，韩师的中西医学功底、杰出的才华，多次得到同行称道。

韩师在临床上强调辨证与辨病相结合，坚持以中医基础理论为指导，以实验室检查为依据，以客观疗效为目的，获得了患者的认可。

一位工人，30余岁。平素异常怕冷，就诊时毛衫、皮衣、围巾、手套俱全仍四肢瑟瑟，且时有心慌汗出，胆怯易惊，多处求医无效。待韩师诊时脉细虚、结代，考虑心悸心虚胆怯证，以桂甘龙牡汤加生脉散治之，一周后复诊，症瘥如云去。

某女，宿松人，20余岁。咳嗽多年，咳泡沫痰，伴喉痒，鼻塞，脉浮

紧。韩师诊断为咳嗽气虚夹风痰，西医诊为咳嗽、变异性哮喘，予止嗽散合射干麻黄汤加减，旬间诸症遁去。

安徽大学一学生，心律失常，心电图示多源性室性期前收缩，痼疾缠绵，多在使用利多卡因后好转，但停药不久即现反复，诊时舌苔黄腻，脉濡滑，治以清利肝胆湿热兼泻其子之火，予龙胆泻肝汤加苦参、茵陈、黄连等，效甚佳。

一瑞士商贾，长期心慌，怕冷，胆怯易惊，体力渐弱，行步亦艰。请韩师诊治，脉芤、弱，辨证属心悸之心气不足，心阳衰微，予桂甘龙牡汤加减，效验如旧。

1976 年，随着中医院校的恢复，韩明向教授回到安徽中医学院附院内科工作并任科秘书、住院总医师，1978 年晋升主治医师，1984 年晋升副主任医师，1987 年被聘为中医内科学专业硕士生导师，同时任内科主任兼教研室主任，1992 年晋升为教授、主任医师，1996 年被北京中医药大学特聘为博士研究生导师。

在 1992 年举行的北京国际心病会议上，由韩明向教授牵头的“人参针治疗心气虚研究”得到了与会者的一致认可，论文获得“岐伯杯”奖，韩明向教授被荣幸地邀请为大会分会主席，获得了学术界的一致公认，慕名请教的专家纷至沓来。鉴于人参针对冠心病心气虚证的研究达到了国内的领先水平，得到了政府部门的重视，给予特别立项资助。随后安徽中医学院附属医院的中医内科学被安徽省遴选为首批重点学科，韩明向教授任学科带头人。

1993 年他赴匈牙利参加了第 14 届国际老年学术会议，作为唯一的中医参与者，韩教授汇报了心气虚证及临床实验研究的结果，赢得了国内外众多老年医学专家的高度赞誉。

1995 年在哈尔滨参加由国家中医药管理局召开的国际传统医学大会，作为大会仅有的两篇特别演讲之一的《寿星宝延缓衰老研究》论文，被大会认为在延缓衰老方面处于领先水平，受到了众多权威专家的高度评价。因此，随后成立的中国中医药学会内科延缓衰老专业委员会挂靠于安徽中医学院第一附属医院，成为当时安徽省中医界首个国家三级学会挂靠单位，韩明向教授任主任委员。

除了在心脏病方面的研究成果，韩明向带领团队建设中医内科实验室（国家中医药管理局三级实验室——免疫试验室的前身），对慢性肾炎采用灌肠方法治疗，改善了许多患者的肾功能，降低了昂贵的医疗费用，临床疗效享誉江淮大地，慕名就医者遍及省内海外。

韩明向教授还热衷于医学科普工作。他认为一个好医生，有教育病人，使他们掌握医学基本知识的义务，他多次在病房、门诊甚至到社区、学校和机关单位进行健康教育。如人参是一味好药，多为病家盲目推崇，有时患者使用不当，常使症状加重。韩教授通过自己的研究成果，以朴实形象的语言告知患者：怕冷气短的人可以用，上火口干的人忌用，纠正了许多患者认识的误区。

随着人民生活水平的普遍提高，人们对健康的要求也在提高。韩明向教授率领课题组成员，把握时代脉搏，率先对 779 例老年人进行证候调查，探索其证候规律，发现气虚—阴亏—血瘀为老年人的主要病机特点，并在此基础上研制寿星宝，并进行了大量的临床和实验研究，观察了 100 多项有意义的数据，研究成果获得安徽省科技进步二等奖，开创了安徽省中医药科研成果的先河。

老年代谢综合征是 20 世纪 80 年代后被逐渐认识的全球性生活方式疾病，因其高血糖、高血脂、高血压及体重增加等被称为“致命的四重奏”，是心脑血管疾病的严重危险因子。作为老年病学研究界的领军人物，韩明向教授立足这个热点，组织研究生对这个专题进行深入研究，并指导学生进行流行病学调查，进行证候学研究，从而获得第一手的宝贵资料。如发现痰瘀互结，内毒炽盛是主要病机特点，率先对胰岛素抵抗进行分级研究，所申报的课题获得了国家自然科学基金的资助，成为安徽中医学院第一附属医院内科领域第一位获得此高级科研项目立项的专家。通过研制四安胶囊，并对其进行临床和实验研究，成果通过安徽省科学技术委员会的鉴定，并获得国家发明专利。

经过多年不懈的探索和研究，韩明向教授所带领的团队先后获得国家专利局发明专利 1 项，研制国家三类新中药 2 种，获得安徽省科技进步二等奖等共 10 项，先后承担国家级科研课题 2 项、省部级课题 6 项、地厅级课题 10 项，先后获得国家科技成果 1 项，省部级科技进

步及自然科学二等奖各1项、三等奖1项，其他奖多项，2009年获学院授予的“科技工作突出贡献者”称号。主编著作《现代中医呼吸病学》《现代中医延缓衰老学》《现代中医临床辨病治疗学》《中医心病临床与进展》《胆病证治研究》《家庭实用医学辞典》6部，任副主编、编委的著作有22部，发表论文180余篇。首次提出并论证衰老是人体全身性、渐进性、衰退性的变化，表现以气虚阴亏血瘀为特征；根据因虚致瘀的理论对慢阻肺、糖尿病、冠心病、老年性痴呆等常见老年病进行临床和实验研究；根据肺气的生理功能和肺气虚的临床演变过程，首次对肺气虚证进行临床分度；对心气虚本质在临床和实验研究的基础上，倡导气虚致瘀理论；首次提出充血性心力衰竭的病机特点为气虚血瘀水停，并为中医界所认可；倡导病态窦房结综合征的主要病理变化为心肾阳虚，其基本病理变化为阳损及阴、血瘀痰浊；在临床研究的基础上，首次提出单味药治疗冠心病亦需辨证论治。

正是因为在学术方面的建树，韩明向教授与我国多位中医内科学术界领军人物交往密切，有的已成为至交。也正因为学术方面的建树，韩明向教授成为了北京中医药大学中医内科学博士研究生导师，国务院特殊津贴获得者，美国加州国际针灸及中医学会名誉理事长，中华中医药学会第四届理事，第二届中医药学名词审定委员会委员，中国药理学会抗衰老与痴呆专业委员会委员，香港大学专业进修学院中医药学部专科顾问，安徽省江淮名中医指导老师，中华中医药学会内科分会第五届常委，世界中医药联合会第一届老年医学专业委员会常务理事，香港大学荣誉教授，中国老年学会衰老与抗衰老科学技术委员会理事。

爱医院，就为其引领正确方向

1994年，正当韩明向教授在学术上不断取得辉煌成就的时候，组织上安排他任安徽中医学院第一附属医院院长。一直本着“不为良相，愿为良医”思想的他，却之无奈。受命于危难之际的他经过审慎选择，决定要和同道一起将安徽中医学院第一附属医院领上一条高速发展的快车道。其中独具战略眼光的他的团队主要做了以下意义深远

的工作：

1.学科分化　当时在安徽中医学院第一附属医院只有一个中医大内科，心血管、呼吸、内分泌、泌尿系统等诸多疾病混杂，医生无形之下成为“杂家”。为了拓展医院发展的空间，适应扩大规模的要求，韩明向院长首先决定要将学科分化，将大内科分开为心血管、呼吸、消化、肾脏和风湿内分泌等五个专科。这个动议尽管一开始就受到了一些领导及科主任的反对，他们认为有时候一个病区都收不满病员，一下子变成五个病区怎么能应付？但他顶着压力，毅然决然，果断干脆地实施了这个重大改革，为后来安徽中医学院第一附属医院成为三级甲等中医医院创造了必要的条件。学科的分化使众多的中青年学者真正成为了“专家”，且病房使用率也在大幅度提高。随着学科分化，临床医疗水平和学术水平得到明显提高，多个临床科室先后获得国家或省重点学科或重点专科专病称号。韩明向教授任国家中医药管理局重点学科学术带头人。

2.申报中药新药药理基地　新药药理基地是衡量学科发展和科研管理水平的一个重要指标，是连接临床与药物学的共同纽带，当时在安徽只有一个药理基地，即以徐叔云为首的安徽医科大学抗炎免疫药理基地。韩教授高屋建瓴，组织团队积极准备，敢于争先，一举取得四个专业即心血管、肾病、骨科和神经科的药理基地评审验收，为开展临床科学研究，加强学术交流，提高学术水平搭建一座平台，令诸多同道羡慕不已。

3.申报并通过三级甲等中医院　由于准备充分，在有着严格要求的三甲医院评审中，安徽中医学院第一附属医院一举通过，提高了整个医院的社会地位，为医护人员的发展提供了更高的平台，为医院的发展创造了更大的空间。

4.一个中心，四个工程　为医院全面发展提出明确目标，当韩教授走上院长岗位之初，全院职工的住房条件非常差，尤其是几十家拆迁户长期居无定处，南院宿舍区是脏乱差的棚户区，安居工程任务繁重。他带领全体班子成员切实解决实际困难，圆了许多老专家改善住房的夙愿，实现了众多中年骨干的梦想，也使许多中青年人看到了

希望。

“夫医官用药，如将帅之用兵。”如果说用药如用兵，医生就是指挥药兵器卒的将帅。从一个指挥君臣佐使的将帅，过渡到了指挥一千多员工的院长，韩明向教授无疑顺利地实现了这个转变，并交上了一张完美的医院管理的优秀答卷，并于2000年被评为安徽省卫生系统先进工作者。

爱学生，就要不断指点迷津

《医工论》云：凡为医之道，必先正己，然后正人。师者，所以传道授业解惑也。韩明向教授先后培养了博士研究生8名，硕士研究生41名，国家级高徒4名，省级高徒3名，香港高徒5名，目前韩明向教授是国家第2批、第4批老中医学术继承人指导老师。在韩明向教授培养的海内外博士、硕士生和高级学徒中，学生们普遍印象最深的是导师对学生的谆谆教诲：“先做人，后做事。要踏踏实实做人，要在掌握实在本领上下功夫，避免夸夸其谈。”“博学而后成医，厚德而后为医，谨慎而后行医！”

韩明向教授特别重视年轻科主任的培养及中层干部的培养，对学生们提出了很高的要求。正是因为有导师的循循善诱和严格要求，才涌现出了在全国各地多家医院多学科领域都出类拔萃的学科带头人和管理者，真可谓桃李满天下。

由于在培养学生方面的突出贡献，韩明向教授分别于1995年获得省教育工会“三育人杯”优秀奖和1999年获得“陈香梅教育奖”，并先后2次获得省先进教师称号。

在严格要求学习、勤奋敬业的同时，韩明向教授自己也孜孜以求，不断提高，在繁忙的医疗、教学、管理和科研工作之余，他自学了英语、日语，能用这两种语言熟练阅读中医外文资料，这都为他始终保持学术领先提供了可能。现在韩明向教授虽已近古稀之年，但“最美不过夕阳红”，他仍精神镬烁，信心百倍，经常和弟子们研究学科发展、中医热点问题，其思维之敏锐，学识之渊博，观点之领先，始终不愧为是中医、中西医结合医学界医教研政的楷模。

“夫医者，非仁爱之士，不可托也；非聪明理达，不可任也；非廉洁纯良，不可信也。”回首往事，韩明向教授常感慨万千，他认为：“学医行医始终是他无悔的选择。人命至重，有贵千金，一方济之，德逾于此。”也正如犹太教一著名的教义所言：任何一个拯救了单个生命的人，就如拯救了整个世界的人一样。

梁兴伦　张念志

2010 年 9 月 25 日　安徽合肥

前　言

韩明向老师为国家中医管理局第 2 批、第 4 批名老中医，教授，博士生导师，国务院津贴获得者，先后培养硕士研究生 41 人、博士研究生 8 人、国家级高徒 4 人、安徽省高徒 3 人、安徽省江淮名医 3 人、香港地区学徒 5 人。韩师毕业于安徽中医学院本科第一届，天资聪颖，勤奋好学，中西医功底深厚，上自《黄帝内经》《伤寒论》，下至近代诸家，孰能成诵，信手拈来，讲课深入浅出，旁征博引；韩师临证理法方药，条理严明，疗效卓著，病患盈门，遇疑难疾病每匠心巧思，独辟蹊径。韩师不仅重视临床、教学、科研，尤其重视学科建设与发展。可以说，安徽省中医院中医内科呼吸学科能成为国家中医药管理局第 1 批、第 2 批重点学科，绝离不开韩师之远见卓识。

《韩明向内科临证精华》为安徽省中医药管理局名医研究室项目，得到安徽省中医药管理局的经费支持。全书共分医论研究、医案医话、论著选编 3 部分，其中序言主要总结了韩师近 50 年的医教研工作；医论研究主要以韩师培养的 8 个博士的研究内容为素材，提炼韩师的理论与创新；医案医话为弟子跟师抄方记载的医案或医话；论著选编是在韩师发表的 200 余篇论文中选录 20 篇，以代表韩师的学术脉络。书后附载有韩师学术传承（所培养弟子名录）。

作为韩师的弟子有幸参与整理韩师内科临证精华。本书在编写过程中，得到李泽庚副校长、刘健副院长的大力支持，他们并为本书主审；杨文明副院长、李平博士、梁兴伦博士、方朝晖博士、张梅博士作为本书副主审，也对本书提出许多有益建议，尤其是梁兴伦博士专程从上海回合肥参加书稿审稿会，并执笔撰写了序，令本书妙笔生花。

作者才学浅薄，恐难以全面领会韩师学术精华，书中不足之处，敬请读者批评指正。

编者

2010 年 9 月　安徽合肥

目　录

下篇　论著选编 ………………………………… 217

上篇 医论研究



对肺气虚证的认识

肺气虚，出自《素问·方盛衰论》，又称肺气不足证、肺气虚证。肺气虚证指肺脏的功能减弱，治节无权，宣降失职而致宗气虚弱，肺气上逆，开合失司，卫外不固等临床表现的概称。多由寒温不适，或久咳伤气，或悲伤不已，或劳逸不当所致。症见咳嗽，气短，甚则喘促或呼吸困难，痰多清稀，疲倦，懒言，声低，怕冷，自汗，面色㿠白，舌质淡嫩，脉虚或弱。肺气虚乃肺的气虚于前，功能失常在后。肺气虚证是肺系疾病的常见病证，其发病率随年龄增长而增加。本证发展缓慢，多为渐进性、持续性，进而累及多系统、多脏器功能障碍，后果严重，难以逆转，已成为老年人死亡的常见病因。目前对肺气虚证的研究涉及肺气虚证的诊断标准、肺气虚证临床及实验研究、肺气虚证的治疗研究等，这些均有待于进一步深入。中医学历来重视机体的抗病能力，认为“邪之所凑，其气必虚”“正气存内，邪不可干”“肺为气之本”“诸气者，皆属于肺”，可见气与机体抗病能力关系密切，其中以肺气尤为重要。肺气虚证为肺系病的常见证候，是中医肺系证候研究的主要基础证型，是以肺的功能减退为主要表现的全身性病变。

一、韩师对肺气及肺气虚的认识

气是构成人体的最基本的物质，也是维持人体生命活动的最基本的物质。气者，人之根本。生命物质的气与其所构成的形体，共同构成了生命活动的物质基础。人体之气又可分为脏腑之气和经络之气。脏腑之气和经络之气是人身之气，在形成了脏腑、经络等形体结构之后，便藏于其中，化为各脏腑、经络之气。由于其主要组成成分和运动形式不同，各脏腑、经络结构和功能也具有各自的特性。脏腑、经络之气是构成脏腑、经络的最基本物质，也是维持脏腑和经络生理活动的物质基础。脏腑之气和经络之气与人体其他气一样，来源于肺吸入的清气、脾胃化生的水谷精气与肾中精气。其中由肺吸入的清气和水谷

精气在气化中被消耗，产生能量和热，以供给人体生命活动的需要。肾中真精化生元气，分布到五脏，乃成五脏之真精。总之，脏腑之气中，来源于后天者，主要作为脏腑活动之能源；来源于肾中精气者，则对脏腑的代谢和功能起着重要的调节作用。

中医学将人体看成一个运动着的行为过程来把握，主要是从人体各脏腑、经络功能上的联系来揭示人体内部的结构，本质上是研究人体功能动态的。因此，在中医生理学中，脏腑、经络之气的意义不在于其本身的成分构成、物质实体如何，而在于各脏腑、经络之气在生命活动中的具体功能及其运动方式。所以，在中医病理学中，各脏腑、经络之气的虚与实，不是指其形态器质的损伤如何，而是指其生理功能的异常。脏气即五脏之气，指五脏的功能活动。应包括心气、肝气、脾气、肺气和肾气，从以上可知，也就是脏腑之气。

韩师认为肺气是脏气的一种，为脏腑之气，是由肺吸入的清气、脾胃化生的水谷精气（后天之气）与肾中精气（先天之气）运行至肺脏而形成的，有温养肺脏的功能。肺气是肺脏的功能活动，是肺脏在生命活动中的具体功能及其运动方式，有三个层次：①指肺的功能活动；②指呼吸之气，包括胸中的宗气；③指肺中的精气。气不足：指正气不足。《灵枢・口问》："故邪之所在，皆为不足，故气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。中气不足，溲便为之变，肠为之苦鸣。下气不足，则乃为痿厥心免。"气虚：气的虚衰不足。统指脏腑正气虚弱。《景岳全书・传忠录》："如心气虚则神有不明，肺气虚则治节不行，脾气虚则食饮不能健，肝气虚则魂怯而不平，肾气虚则阳道衰而精少志屈，胃气虚则仓廪匮而并及诸经，三焦虚则上中下俱失其职，命门虚则精气神总属无根。凡此者，何非气虚之类？"但肺主气，脾为化生气血之源，肾为元气之根本，故气虚与肺脾肾三脏关系尤为密切。《素问・通评虚实论》："气虚者，肺虚也。"《杂病源流犀烛・虚损痨瘵源流》："气虚者，脾肺二经虚也。或饮食，或劳倦，气衰火旺，四肢困热，无气以动，懒于言语，动作喘乏，自汗心烦，必温补中气。"《东医宝鉴・杂病篇》："夫肾虚为病，不能纳诸气以归元………肺出气也，肾纳

气也，肺为气之主，肾为气之藏。凡咳嗽暴重，动引百骸，自觉气从脐下逆奔而上，此肾虚不能收气也，当以补骨脂安肾丸主之。”肺虚证，是指肺气、肺阴不足所出现的各种证候。《脉经》卷二：“肺虚……病苦少气不足以息，嗌干不朝津液。”《圣济总录》卷四十八：“肺虚则生寒，寒则阳气盛，阳气盛则声嘶，语言用力，颤掉缓弱，少气不足，咽中干无津液，虚寒乏力，恐怖不乐，咳嗽及喘，鼻有清涕，皮毛焦枯，诊其脉沉缓，此是肺虚之候。”《本草经疏》：“肺虚七证。咳嗽吐血痰，属肺热甚；声哑，属肺热甚；咽喉燥痛，属水涸火炎，肺热之极，此证法所难治；肺痿，属肺气虚有热；龟胸，属肺热有痰；息贲，属肺气虚，痰热壅结所致。”肺气虚出自《素问·方盛衰论》，肺气虚证是肺脏的功能减弱，治节无权，宣降失职而出现的宗气虚弱，肺气上逆，开合失司，卫外不固等临床表现的概称。

韩师认为肺气虚是肺系疾病的基础病机，是指肺脏正气的虚弱，肺的功能活动的减退，包括肺的功能活动、呼吸之气（包括胸中的宗气）和肺中的精气的功能的减退，也包括三个层次：①卫外功能减退；②主气功能减退；③治节功能减退。三个层次渐进性发展，严重者多出现肺系功能的全面减退和紊乱。

二、韩师对肺气虚证病因病机的认识

肺气虚证形成的主要原因有：①久咳、久喘，邪气留恋，肺气耗损；②脾虚不能散精输布于肺，肺失滋荣，久则肺气渐衰，所谓“土不生金”；③高龄脏气衰弱，或久病气虚，致肺气亏虚，肺气虚是全身气虚证的表现之一；④小儿先天禀赋不足，或早产、难产，致肺气不足。肺主一身之气，外合皮毛，其气肃降下行，通调水道。由于年高体质虚弱，或久咳耗伤肺气，或因脾肾气虚，影响及肺，致肺气虚弱，致其主气、司呼吸、宣发、肃降的功能失职。肺气耗伤，则宗气不足，呼吸功能减弱，因而咳嗽无力，气短而喘，且动则耗气，所以喘息益甚；肺气不足，输布水液功能相应减弱，则水液停滞于内，随肺气而上逆，所以出现清稀痰液；喉为发音器官，赖肺气以充养，肺气旺则声音洪亮，肺气虚则声音

低；肺气虚不能宣发卫气于肌表，腠理不密，卫表不固，故见自汗、畏风、舌淡苔白、脉弱。肺气虚证在其病机演化过程中常伴见以下三种情况：一是由于肺气虚弱，卫阳不足，卫外不固，则易感受外邪而见头痛鼻塞，周身酸楚，恶寒畏风，发热咳嗽，咳痰稀白等风寒外束，肺气不宣之证；二是由于肺气虚弱，肃降失职，水道不利，以致水湿、痰浊留滞不行，而致胸闷，咳嗽，呕吐痰涎，色白清稀，水肿，小便不利，心悸气短等水饮内停之证；三是由于肺气虚弱，久病耗损，或误汗、过汗，而致面色㿠白，大汗淋漓，四肢厥冷，喘促不止，呼吸断续，甚则晕厥，脉虚弱散乱等气脱危证。肺气虚证的病理演变主要有：①按五行相生规律，金能生水，肺气虚日久可导致肾气虚，以致成肾不纳气证；②肺气虚治节无权，不能通调水道，肾虚水无所主，形成水肿；③肺气虚也可发展成肺阳虚证。

三、韩师对肺气虚证诊断标准的研究

1993 年，韩师通过多年对肺气虚证候临床观察研究，首次提出了韩氏肺气虚证的分度诊断标准。①轻度肺气虚：基本病机是肺的卫外功能或部分主气功能的减退，其临床特征是反复感冒或久咳痰白，伴有神疲乏力、少气懒言、恶风或自汗，舌胖或有齿印，脉虚无力；②中度肺气虚：基本病机是肺卫外功能及主气功能障碍，临床特征为轻度肺气虚一系列症状的发生频率、持续时间及程度均加重，并表现有气短，喘促，动则尤甚；③重度肺气虚：表现为肺的卫外、主气及治节功能的全面减退或紊乱为其基本病机，以致在中度肺气虚的基础上出现上不能助心行血、下不能通调水道，气机逆乱、升降失常。临床表现在中度肺气虚症状加重的基础上出现心悸、唇青、舌紫、颈部青筋暴露、尿少、水肿、腹部膨胀等。这种分度之间既有病机、病证上的不同，又有发生、发展、演变之间的相互联系，较符合临床实际情况，有利于把握肺气虚证的变化从而指导临床治疗。

韩师分度标准认识到肺气的内涵和肺气虚的中医学本质，把握住了肺气虚的病机特点，从肺气的三层内涵方面指出了肺气虚的特点，

体现出了肺气是肺脏的功能活动，是先天之气与后天之气的整合。肺气虚是肺的功能活动的减退，体现出了肺气虚是肺系疾病的基础病机，符合中医的辨证思维。

四、韩师对肺气虚辨证要点的认识

肺气虚主要表现为咳喘无力、气少不足以息、动则益甚、痰液清稀、声音低怯、面色淡白、神疲体倦，并有自汗、畏风、易于感冒、舌淡苔白、脉虚等证候。鉴别要点：①病程长，常有咳嗽、气喘经久不愈的病史；②有气短、少气不足以息，动则益甚，倦怠乏力等肺气不足的症状；③没有阳虚外寒的症状。肺气虚证可见于多种疾病中，其临床表现同中有异，治疗有所区别，必须加以辨析。如咳嗽病中出现肺气虚证，常以咳嗽气短，痰液清稀，语声低微，疲乏无力，面白自汗为特点，此由肺气虚弱，气失所主，清肃无权而成咳嗽。如哮喘病中出现肺气虚证，可见喘促气短，张口抬肩等少气不足以息之"虚喘"特征，均是由肺气不足，肃降失职，肺气上逆所致。《证治准绳》中说："肺虚则少气而喘。"若自汗病中见肺气虚证，其临床表现常以自汗，畏风，动则益甚，不耐风寒，容易感冒等为特点，是由肺气虚弱，腠理不密，开合失司所致。若虚劳病中见肺气虚证，常见短气，自汗，时寒时热，咳嗽，声音低怯，易于感冒，经久不愈等特征，缘由禀赋不足，久病耗伤，积虚成损，肺气不足，腠理不密所致。总之，肺气虚证在不同疾病中临床表现各具特点，可据此加以辨析。

肺气虚证较多见于年高体弱之人，常见于咳嗽喘促，咳吐痰涎，气短声微，甚则气息不续，张口抬肩，不能平卧。肺气虚证在不同季节表现也不尽相同。暑热季节，人体腠理开泄。《素问·举痛论》说："炅则腠理开，荣卫通，汗大泄，故气泄矣。"此时，肺气虚证患者常见自汗不止，头晕气短，疲乏无力，甚则突然昏仆，不省人事等症。而寒冬天气，风寒常在，肺气虚卫外不固，容易感受外邪，多见恶寒畏风，头痛鼻塞，咳嗽气短，倦怠乏力等症。

五、韩师对肺气虚证类证鉴别的认识

肺气虚证通常与肺阳虚证、肺气阴两虚证、心肺气虚证、脾肺气虚证、肾不纳气证相鉴别。

1. 肺阳虚证与肺气虚证鉴别　气属阳，肺阳虚证与肺气虚证在病因病机、临床表现上既有一定联系，也有明显区别。两证都有神疲、气短、面色㿠白、自汗、易感冒等肺气虚的共同症状；其不同在于前者有形寒肢冷、面目浮肿、背寒等阳虚外寒及肺失通调水道的症状，后者仅为肺气虚，无阳虚外寒的症状。肺阳虚证是指肺脏虚寒而言，是由于肺气虚弱，阴寒内生。阳虚不能温煦脏腑，故形寒肢冷；阳虚不能布津，则水不化气，故咳吐涎沫，质地清稀而量多，其背寒如掌大，舌质胖淡而水滑；肺脏虚寒，故脉虚弱而迟缓，或见迟弦。肺气虚证多由禀赋不足，或积劳内伤，久病耗损，肺气虚弱而成，是肺气功能减弱，但尚未达到阳虚而阴寒内生阶段，临床多以喘咳，气短，声音低怯，自汗畏风，容易感冒，面白神疲为主症。肺阳虚证除有神疲乏力、头晕气短、小便频数等气虚表现外，尚有形寒肢冷，背寒，咳吐涎沫，质清稀量多，脉迟弦等肺脏虚寒症状。肺阳虚证内寒之象明显，肺气虚证虚寒之象不明显，以此可资鉴别。

2. 肺气阴两虚证与肺气虚证鉴别　两者在病因病机上既有联系，又有区别。肺气阴两虚证可由肺气虚证之汗出过多，阳损及阴；或过服温热，火热劫阴，而致肺气阴两虚。若肺阴本虚，久咳久喘，进而耗伤肺气，亦致肺气阴两虚之证。其临床表现除肺气虚证外，尚兼见咳嗽少痰，咽干，声音嘶哑，甚则痰中带血，舌红脉细等，与单纯肺气虚证不难鉴别。

3. 心肺气虚证与肺气虚证鉴别　心肺同居上焦，肺主气，心主血脉，气以帅血，血以载气，肺朝百脉，故心肺在生理上有密切联系。心肺气虚证多由劳倦过度，或久病咳喘耗伤所致；亦可由肺气虚弱，宗气不足，心肺血运无力而致心气亦虚；或心气不足，血行不畅，影响肺气的输布和宣降，肺气亦随之而虚造成。临床可见心悸气短，喘咳胸闷，

自汗乏力,面色㿠白或晦暗,甚则口唇青紫,舌黯淡或见瘀斑,脉细而弱等症状。肺气虚证仅表现为宗气虚弱,肺气上逆,开合失司,肌表不固,而无心悸胸闷,面色晦暗,口唇青紫,舌有瘀斑,脉细,心气不足,血行不畅的症状,可借以鉴别。

4.脾肺气虚证与肺气虚证鉴别　脾肺在生理病理上关系密切。脾为生气之源,肺为主气之枢,脾肺气虚证或由久咳肺虚,子盗母气,津液不布,脾运呆滞而成;或脾气不足,运化不及,精微不布,土不生金,而致脾肺两虚。两证都有肺气虚,病位都与肺相关,都有咳嗽,气喘,痰多色白清稀,神疲,倦怠乏力,面色白,气短,自汗等肺气虚弱的症状,但前者病位在肺脾两脏,临床表现除肺气虚证外,尚有腹胀、纳呆、便溏等脾气虚弱,运化失健,脾湿内蕴的症状;后者病位仅在肺,无脾气虚弱的症状。

5.肾不纳气证与肺气虚证鉴别　肺为气之主,肾为气之根。肾不纳气证多由久病喘咳,肺损及肾,金不生水,气不归原,肾失摄纳所致。如由肺气虚证发展而来者,除有喘促气短,声音低怯,自汗等肺气虚证的表现外,尚有动则气喘,咳则遗溺,或见冷汗淋漓,脉虚浮无根等肾气虚而气不归原、肾失摄纳等临床表现,与单纯的肺气虚证有明显的区别。

六、肺气虚证本质现代实验研究

证候学是中医理论的核心,一直是研究的热点。中医证的概念、证的本质、证候的物质基础等都是中医药学研究的关键问题,其中以证的本质最为重要。用现代医学理论阐明中医证的本质是实现中医现代化的基础、揭示中医药理论科学内涵的关键。近50年来,许多学者在对证本质的探索过程中,进行了许多原始性工作,取得了很多成果,也积累了许多宝贵的资料和经验,为进一步深入研究奠定了基础,提供了科学依据。用现代医学理论阐明中医证的本质是实现中医药理论现代化的基础和关键,具有重大科学意义。因此,尽管这一问题的研究具有极大的复杂性和困难性,但在分子生物学理论和技术飞速

发展以及现代医学对于生命现象和疾病过程本质认识日益深入的生物学时代背景下，运用现代医学理论逐步阐明证的本质不仅是十分必要的，也是切实可行的。

（一）动物实验研究

1. 肺气虚证模型制备　通过用2次气管内注入脂多糖（LPS）及熏香烟4周的复合刺激法建立大鼠肺气虚证模型，4周后测定呼吸频率和体质量，并通过HE染色和电镜观察其病理形态学改变。结果发现模型组大鼠症状符合肺气虚证的表现，模型组光镜和电镜病理改变均符合肺气虚证、慢性阻塞性肺疾病的病理特点。结论说明：本实验采用复合方法复制肺气虚证模型，符合中医学和现代医学原理及文献，方法是可行的，且模型制备具有时间短、易复制、操作性强的特点，亦符合临床的实际情况。

2. 影像学　呼吸系统疾病诊断中，影像学检查是至关重要的，而胸片为影像学中最常用的方法，是呼吸系统疾病首选的检查技术。利用影像技术对肺气肿的诊断，具有重要意义。用2次气管内注入脂多糖（LPS）及熏香烟4周的复合刺激法建立肺气虚证模型大鼠，4周后各组摄片，观察一般状况、呼吸频率、质量改变情况及病理变化。结果发现在呼吸频率上，正常组与模型组相比差异有高度统计学意义（$P<0.01$）；横膈前肋、横膈后肋积分及肋间隙两组相比差异也有高度统计学意义（$P<0.01$）。说明肺气虚证大鼠有明显的肺气肿影像学表现。

3. 血液流变学　对肺气虚证动物模型的实验研究，从血液流变学入手来探讨肺气虚证的客观指标。结果提示：肺气虚时全血黏度比、血浆黏度比、全血还原黏度及血细胞比容均升高，红细胞电泳时间延长。肺气虚时因感染、长期低氧血症和二氧化碳潴留，可影响血液流变，使红细胞内黏度增加、红细胞凝集力增加及血细胞比容增高，从而导致全血黏度增加。说明血液流变学改变是肺气虚证的一种客观指标，应引起重视。

4. 免疫生物学的研究　将大鼠和家兔制成肺气虚证动物模型，对其免疫功能进行研究。结果显示：碳粒廓清试验模型组OD值下降缓

慢，中性粒细胞噬菌率、淋转率、大吞噬率、红细胞 C3b 受体花环率、血清 IgG、SIgA 等均下降，表明不仅体液免疫功能低下，细胞免疫功能也受到影响。T 细胞免疫功能降低，尤其当辅助 T 细胞(Th)功能低下时，必然会影响到抗体的形成，这与检测结果模型组血清 IgG 低于正常组相符。SIgA 是机体黏膜抗感染的重要因素，所以肺气虚证患者临床上常易反复发生急性感染，致疾病迁延不愈。

5. 细胞凋亡机制　通过动物实验探讨肺气虚证细胞凋亡机制。用 2 次气管内注入脂多糖(LPS)及熏香烟 4 周的复合刺激法复制肺气虚证大鼠模型，4 周后对 2 组动物进行电镜观察和免疫组化检测。结果发现：与对照组比较，模型组可见肺组织细胞凋亡明显增加，Fas、FasL 蛋白在肺组织中的表达明显上调。实验表明，肺气虚的发病机制中，Fas、FasL 蛋白表达增加，参与了肺气虚的发病和肺组织细胞凋亡的调控，为肺气虚证的深入研究开辟了新的领域，也从细胞及分子水平上阐明了肺气虚证的本质。

6. 细胞间黏附因子、白介素 8　通过测定肺气虚证模型大鼠血清细胞间黏附因子(ICAM－1)、白介素 8(IL－8)的水平，探讨 ICAM－1、IL－8 在肺气虚证发病中的意义。采用慢性阻塞性肺疾病(COPD)模型大鼠的造模方法建立肺气虚证大鼠模型，经鼻腔注入肺炎克雷伯杆菌致模型大鼠反复感染造模。采用 ELISA 法测定血清 ICAM－1、IL－8 的水平。结果发现肺气虚证模型组 ICAM－1、IL－8 水平均显著高于正常组($P<0.01$)。从实验中可看到肺气虚证模型组血清 ICAM－1 水平明显高于正常对照组，炎症过程的一个重要特征就是白细胞黏附并穿越血管内皮细胞向炎症部位渗出，ICAM－1 水平的升高在其中起了一个促进白细胞黏附跨内皮转移到炎症部位的作用。中性粒细胞增多更为明显，进一步证明黏附分子介导了炎症细胞的聚集和跨内膜转移至炎症部位的过程。实验说明 ICAM－1、IL－8 可能趋化和介导中性粒细胞参与了肺气虚证慢性气道炎症反应，在肺气虚证的发病机制中有着重要意义。

(二)临床实验观察

1. 肺功能　通过对 58 例肺气虚证患者肺功能的观察，参照韩氏

分类法(参见18页)分为轻度肺气虚证21例、中度肺气虚证28例、重度肺气虚证9例。肺气虚证患者存在肺通气功能减退,共振频率升高,并随着肺气虚证的加重而逐渐加重。观察发现,肺气虚证患者FVC%、FEV_1/FVC的异常率比正常人明显,表明患者肺通气功能减退、肺功能受损,这种减退随着肺气虚证程度的加重而加重。正常人共振频率(Fres)在10Hz以内,Fres随着肺气虚证的加重而升高,说明肺气虚证存在气道阻塞。上述结果表明,肺气虚致肺的宣发肃降失司,肺主气的功能减退,气道受阻,通气功能下降。

2. 脉冲振荡肺功能　探讨常规肺功能和脉冲振荡肺功能在肺气虚证分度诊断中的关系。应用耶格公司肺功能仪做常规肺功能和脉冲振荡肺功能检查,分别对120例肺气虚证患者肺活量(VC)、用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼气容积(FEV_1)、第1秒用力呼气容积占用力肺活量百分比(FEV_1/FVC)、最大用力呼气峰流量(PEF),25%、50%、75%肺活量时最大用力呼气流量(FEF_{25}、FEF_{50}、FEF_{75})、最大呼气中段流量(MMEF)、呼吸总阻抗(Zrs)、共振频率(Fres)、中心阻力(Rc)、周边阻力(Rp)、呼吸总阻抗(R_5)、20HZ时的中心气道阻力(R_{20})、35HZ时的中心气道阻力(R_{35})、5HZ的周边弹性阻力(X_5)、20HZ时的周边弹性阻力(X_{20})、35HZ时的周边弹性阻力(X_{35})进行测定。120例肺气虚证按照韩氏分度法,将其分为3组:轻度肺气虚证(43例)、中度肺气虚证(38例)、重度肺气虚证(39例)。三组年龄、性别无显著差异($P>0.05$)。相对于常规肺功能仪,患者在静息呼吸状态下即能完成脉冲振荡肺功能检查,适合老年人和重症病人。结果发现:最大呼气流量-容积曲线(MEFV)各项指标随着肺气虚程度的加重,数值明显降低,同期测定的脉冲振荡肺功能各项指标相应增高,两种方法的各项指标间存在显著直线负相关关系,相关性最好的为Fres、R_5,即主要表现为肺的顺应性降低和周边弹性阻力增高。提示:用脉冲振荡肺功能方法测定肺气虚证时,Fres、R_5是比较敏感的指标,从而为肺气虚证的分度提供了比较有效的方法和有力的标准。轻度肺气虚证主要表现为肺的卫外功能或部分主气功能减退,到中度肺

气虚证时主气功能完全减退，重度肺气虚证时肺治节功能开始全面减退。由此可知，肺的多种生理功能减退是呈渐进性、阶段性变化的一个过程。在肺功能上表现为，由开始出现肺的通气障碍，继而大小气道出现阻塞，伴随肺的周边弹性阻力逐渐增高，弹性回缩力降低。通过以上分析，在给肺气虚证患者做肺功能时，要注意到脉冲振荡肺功能和 MEFV 具有良好的协同性，两者的临床诊断符合率没有明显差异。但要注意到患者可能常规肺功能正常，但如果进一步做脉冲振荡肺功能检测，也多会发现其他指标的异常。

3. 超氧化物歧化酶　对 45 例肺气虚证患者进行分期，并进行红细胞内超氧化物歧化酶活性（SOD）、红细胞变形能力及 C3b 受体的测定。肺气虚与自由基代谢研究证实，肺气虚证患者红细胞 SOD 活性显著低于健康人（$P>0.01$），并且随着肺气虚证分期的加重而逐渐显著下降（$P>0.01$）。肺气虚证多见于老年人，而老年人代谢率低下，减少了体内各种抗氧化成分，同时这些患者又有长期的吸烟史和反复肺部感染史，烟气中含有大量自由基，加上反复感染时体内中性粒细胞释放的大量自由基，消耗了体内大量的自由基清除物，所以肺气虚证患者 SOD 活性低下，并随病情严重而显著降低。肺气虚证与红细胞变形能力关系的研究证实：肺气虚时，红细胞变形能力下降，红细胞滤过指数显著增长，并随着肺气虚证分期的进展而逐渐加重。其发病机制可能与肺气虚时体内存在不同程度的缺氧有关，当红细胞压积大于 60%，$PaO_2<40mmHg$，动脉血 pH 为 7.0 时，红细胞的变形能力减弱或丧失；同时，肺气虚时体内自由基产生增多，而 SOD 活性降低，使得细胞膜脂质过氧化，细胞膜磷脂降低，也会导致红细胞变形能力下降。本研究表明，肺气虚患者红细胞上的 C3b 受体显著低于健康人（$P<0.01$），提示红细胞不仅参与载气的作用，也参与卫外的功能，由于红细胞的 C3b 受体还能黏附自身的 T 细胞，使抗原与 T 细胞紧密靠拢，并将抗原提呈交给 T 细胞，提高了 T 细胞的免疫功能，且参与干扰素、免疫球蛋白、白细胞介素、自然杀伤细胞的免疫调控作用。红细胞的 C3b 受体减少，不足以清除沉积于肺脏的循环免疫复

合物，因此造成了肺脏的损伤。肺气虚患者红细胞的 C_3b 受体的减少，可能与 SOD 下降有关，因为吞噬细胞的正常吞噬赖于红细胞膜上的 SOD，SOD 活性下降，则造成 C_3b 与 CIC 结合的能力下降。总之，肺气虚时红细胞的清除自由基的功能、变形能力以及免疫吸附作用等多种功能减退，其中 SOD 活性下降是导致红细胞变形能力及免疫功能下降的原因之一，表明了气病可累及于血，从而间接推断证明：红细胞不仅有载气作用，且又参与卫外机制，并在维持肺气正常功能中起着重要作用。

4. 血栓素、前列环素　通过对 96 例肺气虚患者和 30 例健康对照者通气功能、血气分析、肺动脉压力（PAMP）估测及血浆血栓素（TXA_2）、前列环素（Prostacyclin，PGI_2）稳定的代谢产物血栓素 B_2（TXB_2）和 6-酮基-前列腺素 F1α（6-keto-PGF1α）水平进行同步观测，探讨中医肺气虚证患者血浆血栓素、前列环素代谢情况。研究发现：肺气虚组患者肺活量（VC 及 VC%）、最大通气量（MVC 及 MVC%）、第一秒用力肺活量（FEV_1 及 FEV_1%）、最大呼气中期流速（MMEF）均减退，PaO_2、血浆 6-keto-PGF1α 降低；$PaCO_2$、PAMP、血浆 TXB_2 水平升高，与对照组比较有显著差异（$P<0.05$ 或 0.01），各指标间存在一定的相关性（$P<0.05$），且随着肺气虚程度的加重，这几种指标的变化更为明显，组间比较有显著性差异（$P<0.05$ 或 0.001），说明肺气虚患者肺功能减退，肺动脉压力升高，血栓素、前列环素平衡失调，而且这些变化互相关联、互为因果。

5. T 细胞亚群　在机体正常情况下，各种 T 细胞亚群相互作用，稳定调节，维持着机体正常的免疫功能。当不同的淋巴细胞亚群的量及功能发生异常改变时，机体就会出现一系列的病理变化及免疫功能失调。测定 T 细胞亚群，对控制疾病的发生、发展，了解其发病机制，指导临床治疗，评估机体免疫状态有着非常重要的意义。通过对 58 例肺气虚证患者观察，参照韩氏分类法分为轻度肺气虚 21 例、中度肺气虚 28 例、重度肺气虚 9 例。发现肺气虚证患者普遍存在 CD_3^+ 淋巴细胞水平降低。CD_4^+/CD_8^+ 比值明显低于对照组，说明肺气虚患

者内环境稳定存在失调，且随着肺气虚证的加重，CD_4^+/CD_8^+比值逐渐降低，免疫系统功能呈现逐渐紊乱。CD_3^+/CD_{25}^+明显下降，表明肺气虚证患者体内凋亡的淋巴细胞较多，而具备凋亡条件的T淋巴细胞比较少，从而出现肺气虚证患者T淋巴细胞总数减少，免疫功能降低。随着肺气虚证的加重，需要更多的T淋巴细胞被激活，参与免疫反应。在中、重度肺气虚证时，免疫细胞新生与凋亡的平衡被打乱，从而导致细胞免疫功能下降或紊乱，进而说明肺气虚证患者体内存在不同程度的免疫失调状态。

6. 自然杀伤(NK)细胞、肿瘤坏死因子(TNF)、白介素-8(IL-8)、白介素-2(IL-2)　通过对58例肺气虚证患者NK细胞活性、TNF、IL-8和IL-2水平变化的观察，参照韩氏分类法分为轻度肺气虚21例、中度肺气虚28例、重度肺气虚9例。观察表明，肺气虚证患者血清IL-2水平的降低与病情程度密切相关，而肺气虚证患者血清TNF-α水平显著高于对照组，亦与病情程度有密切关系。本观察发现，肺气虚证患者TNF-α水平显著升高，中、重度肺气虚证水平与轻度比较又有显著的升高，表明肺气虚证是以气道慢性炎症为特征的疾病，在疾病的发生过程中会伴随TNF-α等炎性因子的释放。TNF-α可明显增加哺乳动物的脂肪和蛋白质的分解，致使肺气虚证患者处于营养不良状况，此为肺气虚证患者体重下降的重要因素，分析这一点可能与肺气虚患者肺主气功能减退、宗气生成不足、五脏精微物质不能形成有关。由此可见，体内NK细胞、TNF和IL-2之间相互影响、相互作用，可形成免疫调节网络，增强抵御外邪和免疫调节作用，从而构成机体赖以御邪、祛邪的“正气”中的一部分。肺气虚时，“正气”不足，不能有效抵御外邪；同时，整个免疫网络失衡，导致TNF升高，IL-2降低和NK细胞活性降低。IL-8是迄今所发现的最强的中性粒细胞趋化与活化因子之一，而中性粒细胞是体内出现急性炎症时最重要的反应细胞；此外，IL-8对淋巴细胞、嗜酸性粒细胞等也有一定的趋化作用。肺气虚证患者血清IL-8水平的升高与病情程度密切相关，越到重度，其水平越明显($P<0.01$)，提示IL-8水平的

检测，可作为判断肺气虚证患者及其病情进展的监测指标之一。

7. 三碘甲状腺原氨酸（T_3）、四碘甲状腺氨酸（T_4）　通过测定58例老年肺气虚患者及20例正常对照者的T_3、T_4水平，了解肺气虚证患者T_3、T_4的变化。58例肺气虚证患者，其中轻度肺气虚证21例、中度肺气虚证28例、重度肺气虚证9例。实验发现肺气虚证患者T_3、T_4均明显低于对照组（$P<0.05$或$P<0.01$），不同程度肺气虚证患者组间比较，差异也有显著性。说明肺气虚患者存在内分泌免疫功能障碍，肺气虚不仅表现在免疫功能减低，而且可引起一系列神经-内分泌变化，其中包括垂体甲状腺轴改变及甲状腺素在外周代谢的变化。肺气虚时甲状腺素变化机制未完全明确，可能与以下因素有关：①由于感染、低氧等因素，T_4向T_3转换酶（512脱碘酶）及辅酶因子（还原型谷胱甘肽）生物活性下降；②炎性相关因子的参与如白介素等，影响组织内甲状腺素运输和代谢，使T_3、T_4减低；③进食减少或白蛋白减少，T_3、T_4与蛋白结合减少；④产生一些抑制甲状腺素和蛋白结合的抑制物，使T_3、T_4减少；⑤患者体内T_4代谢清除加快。目前认为，T_3、T_4减少是机体减低热消耗，保存能量的一种内在保护性机制，使机体维持最低代谢率。血清T_3、T_4减少，基础代谢率降低，反映了肺气虚证患者机体代谢的特征。

8. 基因芯片技术　采集肺气虚证和肺阴虚证患者以及正常人的外周血作为实验血样和对照血样。采用Ficoll技术分离外周血淋巴细胞、流式细胞仪分选并纯化T淋巴细胞，一步法提取总RNA，逆转录合成双链cDNA，体外转录合成生物素标记的cRNA，片段化后，采用人类全基因表达谱芯片进行芯片杂交，扫描后筛选出差异表达基因。发现肺气虚证患者与正常人外周血T淋巴细胞相关差异表达基因45条，其中上调41条，下调4条；肺气虚证与肺阴虚证患者外周血T淋巴细胞相关差异表达基因43条，其中上调27条，下调16条；肺气虚证组与肺阴虚证组、正常人组均高表达的差异基因15条。说明基因芯片技术能有效地研究中医证的基因表达谱，筛查出肺气虚证患者T淋巴细胞相关差异表达基因。

七、肺气虚证本质的探讨

证候是中医学对人体疾病状态下的具有特征性的表达方式，也是中医辨证论治的基础内容。证候研究时必须符合国际临床研究的规范要求。遵照这一指导思想和原则，进行肺气虚证的证候学研究具有较高的理论和现实意义。肺气虚证是中医的一个常见证候，是以肺功能减退为主要特征的全身多系统功能衰退综合征，存在着多器官、多系统病理解剖学、病理学及免疫学等多方面的改变。

为了弄清肺气虚证的本质，为临床辨证施治提供客观化指导，国内外许多学者进行了大量的研究，采用各种方法诸如肺功能检测、肺血流图分析、血气分析、血液流变学、神经内分泌、免疫功能、影像学等检测分析。众多实验结果表明，肺气虚不仅有卫外主皮毛免疫功能的异常，而且主气司呼吸的通气功能、弥散功能也有不同程度受限，进一步发展可导致其主治节功能异常，出现其他脏器如心主血、肾主水功能的异常，最终导致多系统脏器功能衰竭，成为致死的根本原因。但我们发现对肺气虚证本质研究的各项指标的改变多是在未与他证全面比较的情况下认定的，即便如此，相关的研究指标互有异同，规律性、重复性有待深化。

肺气虚证的研究大多集中于去探索客观指标的改变。其实用几个指标来全面、客观地反映“证”的本质，其局限性显而易见，中医“证”本质的研究，必须在中医理论指导下，借助现代科学手段，用整体的综合方法研究，以揭示“证”所处的机体反应状态，找出其本质。此外，动态变化是证候的基本特征，由于“证”的这种动态变化，也就决定了其复杂交错的关系，从而给“证”的本质研究带来了困难。因此，即使找到了特异的指标，也只能反映“证”的某种状态和阶段，难以反映出“证”动态变化的全过程，更难于指导临床实践。因此，一味强调“证”的辨证指标的客观化、定量化并夸大其作用是不现实的。但就指导思想和方法论而言，过于强调证候的动态不稳定性而否认其相对稳定性，和过于强调证候的客观化、标准化，都难免于学科发展不利。由此

可见，为了适应临床和科研的实际，目前需要对肺气虚证的诊断从一般基本标准到分度标准的全国统一规范和界定，以便肺气虚证研究的进一步深化和提高。

中医学是以整体观、辨证论治等为特征的医学体系，肺气虚证的深入研究符合中医学的整体观和辨证论治理念。这一研究的近期目标是寻找和确定中医证的客观检测指标，对证进行定量的表达；远期目标是用客观检测指标对疾病作出定量的证的论断；最终目标是以现代医学的客观检测指标为中介，实现中西两种医学本质上的交汇与融合。

动物实验是现代生物医学研究的主要手段，现代医学各领域中许多最重要的进步都是以动物实验研究与探索为基础的。临床资料分析以及为找出存在问题而开展的调查研究，固然对疾病发病机制探讨和诊治有十分重要意义。但是，科学研究只停留在调查分析上是很难推动科学进步的，因为许多复杂的环境因素影响调查结果，往往难以得出十分准确的科学结论。动物实验是在严格控制影响因素下进行的观察，实验结果相对客观而准确。因此对重大研究课题，必须要进行动物实验。

单纯肺气虚证在临床上较为少见，这给肺气虚证的临床研究造成了一定的困难。而动物实验，其可控性、可操作性较强，给肺气虚证的研究提供了一个较好的平台。近年来，由于现代科学技术方法的进步和新学说、新理论的提出，细胞分子生物学的研究进入了新阶段，这也给证的本质研究提供了一种新的视野角度和方法。通过动物实验对肺气虚证分子生物学机制进行研究，探讨肺气虚证的本质，寻求肺气虚证的发病机制、病理机制，也给证候研究提供新的思路，为临床研究提供客观依据，为肺系疾病的防治增加了新的内容。

（李泽庚　童佳兵　王传博）

论治慢性阻塞性肺疾病重在虚、瘀

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是指类具有气流受限特征的慢性支气管炎和/或肺气肿,是一种老年性慢性呼吸系统疾病,患病人数多,病死率高,由于其缓慢进行性发展,严重影响患者的劳动能力和生活质量。

一、韩师对慢阻肺中医病机的认识

中医认为COPD的病因以久病肺虚为主,由于反复感邪,而使病情进行性加重且呈不可逆的进展。病位初在肺,继则影响脾肾,后期及心。病理性质为本虚标实、互为影响。本虚为气虚、气阴两虚,或发展为阳虚;标实以痰、饮、瘀为主。在本虚的基础上,痰浊与瘀血交阻,是其主要的病机特点。发病与五脏有关,其中与肺、脾、肾、心最为密切。病变首先在肺:肺主气,开窍于鼻,外合皮毛,主表、卫外。故外邪从口鼻皮毛入侵,首先犯肺,《诸病源候论·咳逆短气候篇》:“嗽则气还于肺间,则肺胀,肺胀则气逆。”日久累及脾肾;致肺脾同病:脾为肺母,肺病日久,子耗母气,则脾运失健,导致肺脾两虚,脾虚不能散精上归于肺,肺病不能输布水精,则聚为痰浊。或致肺肾同病:足少阴肾脉从肾上贯肝膈,入肺中,循喉咙,夹舌本。且“肺为气之主,肾为气之根。”肾助肺纳气,若肺病日久,累及于肾,精气耗散,肺不主气,肾不纳气,可致气喘日益加重,吸气不易,呼吸浅短难续,动则更甚。后期病及于心:肺与心脉相通,同居上焦,肺朝百脉,肺气辅助心脏运行血脉。久咳久喘,肺病日深,治节失司,心营不畅,而致喘悸不宁。心气虚或心阳虚衰,心脉瘀阻,则肺病及心。

韩师在长期的临床实践基础上总结认为,慢阻肺以久病肺虚为主,表现为肺主气功能失调,有肺气虚证,肺气虚证早期主要指肺的卫外功能减退,表现为恶风自汗、易感冒、咳嗽声低、久咳痰白、气短乏力、自汗、舌淡胖、脉虚无力;肺气虚证中期表现肺主气而司呼吸功能

的减退，兼见气短喘促、动则尤甚；后期是中期的进一步发展，表现为肺的治节功能减退，上不能助心以行血而致心悸、发绀、颈静脉怒张；下不能通调水道以输膀胱而见尿少、水肿等。病机是本虚标实；本虚表现在初期在肺虚（气虚、气阴两虚为主），久则及肾，表现在肺肾两虚。标实表现在血瘀贯穿其中。病多为肺虚（气虚或气阴两虚）→肺肾两虚→“虚瘀”证，虚瘀贯穿于慢阻肺的始终。

二、韩师慢阻肺临证特点

（一）益肺温肾、金水相生

COPD急性期以痰热壅肺为多见，治疗后在缓解期多易出现耗气伤阴、气阴两虚。补肺肾法是根据金水相生理论，母病及子，通过补子以达“金能生水，水能润金”。因肺为气之主，肾为气之根，两者在吐故纳新方面相辅相成，若肺气衰，肺气上逆，必致肾气无以摄纳。肺胀一病，耗气伤津，肺津亦需肾水滋润，才能主气司呼吸。临床上大多数慢阻肺患者伴有怕冷乏力、痰气交阻等阳气亏虚、津液不化的症状，韩师重用西洋参益肺阴，辅以冬虫夏草益肾精，温肾阳，治病求本。

（二）标本同治、补而不留瘀

肺主气，朝百脉，全身血液汇于肺，通过肺的呼吸运动进行气体交换，然后输布全身。慢阻肺时可从多方面导致血瘀。久咳伤肺，肺气亏虚，气为血帅，气虚则血行无力而致瘀；久病脾肾阳虚，甚至累及心阳，不能温煦经脉或鼓动血脉，血液凝滞，形成瘀血，即“久病必瘀”“久病入络”；痰郁阻肺，可使肺失宣降，不能助心治节，因而形成瘀血。活血化瘀法治疗此类病，古籍即有记载。如巢元方认为：“肺主气，邪乘于肺则肺胀，胀则肺管不利，不利则气道涩。”朱丹溪则更为明确指出了瘀血在发病中的重要地位，其在《丹溪心法》中说：“肺胀而嗽，或左或右，不得眠，此痰夹瘀，血碍气而病。”韩师认为：从本病的病理性质来看，多是本虚标实之证，常以肺肾等脏器虚损为本，以痰瘀水饮潴留为标。辨治之法，则当以祛瘀为主，正如《血证论》所言：“须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血则痰水自消”。韩师在重用补益肺肾之剂

时，佐以参三七活血化瘀以治标，标本同治，补虚不留瘀。

（三）韩师治疗慢阻肺的代表方剂

参七虫草胶囊为韩师弟子张念志博士的经验方，是专为本病之肺肾亏虚，气阴不足，瘀血阻肺而设，能补益肺肾，活血祛瘀，为标本兼治之方，由西洋参、冬虫夏草、参三七等组成。方中重用西洋参益肺阴，清虚火，生津止渴，治肺虚久嗽，失血，咽干口渴，虚热烦倦。西洋参，味甘、微苦，性凉。归肺、胃经。《本草再新》："治肺火旺，咳嗽痰多，气虚呵喘，失血，劳伤，固精安神，生产诸虚。"《本草从新》："补肺降火，生津液，除烦倦。虚而有火者相宜。"《本草求原》："清肺肾，凉心脾以降火，消暑，解酒。肺气本于肾，凡益肺气之药，多带微寒，但此则苦寒，唯火盛伤气，咳嗽痰血，劳伤失精者宜之。"《医学衷中参西录》："西洋参能补助气分，兼能补益血分，为其性凉而补，凡欲用人参而不受人参之温补者，皆可以此代之。"冬虫夏草，味甘，性温。归肺、肾经。功能补虚损、益精气、实腠理，止咳化痰，为滋养肺肾之要药。治痰饮喘嗽，虚喘，痨嗽，咯血，自汗盗汗，阳痿遗精，腰膝酸痛，病后久虚不复。《本草从新》："保肺益肾，止血化痰，已劳嗽。"参三七，性止血散瘀，治咳血、便血等。《本草从新》："甘，平。保肺益肾，止血化痰，已劳嗽。"《本草新编》："三七，止血之神药也。无论上、中、下之血，凡有外越者，一味独用亦效，加入于补血、补气药中则更神，盖此药得补而无沸腾之患，补药得此而有安静之休也。"《文房肆考》："保肺气，实腠理。"方中西洋参为君药，辅以冬虫夏草益肺肾之精，佐以参三七活血化瘀以治标，诸药合用，配伍合理，标本同治，补虚不留邪。现代药理学研究表明：西洋参具有抗缺氧、抗疲劳、抗氧化，提高免疫功能等作用。冬虫夏草素能抑制链球菌、鼻疽杆菌、炭疽杆菌等病菌的生长，又是抗癌的活性物质，对人体的内分泌系统和神经系统有调节作用；虫草酸能改变人体微循环，具有明显的降血脂和镇咳祛痰作用；虫草多糖是免疫调节剂，它能增加免疫系统细胞数量，促进抗体产生，增加吞噬细胞、自然杀伤细胞数量，增强免疫细胞功能，又可以调低某些免疫细胞的功能，增强机体对病毒及寄生虫的抵抗力。三七具有免疫调节作用，

如抗真菌、抗病毒作用，亦具有滋补、强壮、抗衰老作用。三七对血液系统既有止血作用，又具有抑制血小板功能及促进纤溶的作用。三七亦能促进骨髓粒-单系统细胞团(GM－CFU－C)增殖，因此可升高外周血细胞数量。

三、慢阻肺论治的理论依据

慢阻肺属于中医的“喘证”“肺胀”范畴。肺胀主要特征有咳嗽、胸中胀满、喘促、气短、胞睑水肿，甚则四肢水肿，唇舌青紫。具有咳、喘、痰、肿四大特点。是一种虚实夹杂病证，多因肺脾肾虚损、水停痰凝、气虚气满、痰瘀互结，以致气机升降失调而发。肺胀最早见于《内经》。《灵枢·经脉篇》有“肺太阴经脉……是动则病肺胀满膨，膨而喘咳……”《灵枢·胀论》云：“肺胀者虚满而喘咳”，《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治》云：“气喘而躁，属肺胀，咳而与气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮有大者，越婢加半夏汤主之。”

(一)慢阻肺古代论治概况

汉代的张仲景《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治篇》指出本病的主证为：“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状”“肺胀咳而上气，烦躁而喘”，并列举越婢加半夏汤、小青龙加石膏汤等方剂治疗。此外，《金匮要略·痰饮咳嗽篇》中所述之支饮“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿”，其表现与肺胀也相类似。隋唐时期，医家对肺胀的发病机制的认识逐步加深，如巢元方《诸病源候论·咳逆短气候篇》明确指出，肺胀为“肺本虚，气为不足，复为邪所乘，壅否不能宣畅，故咳逆短气也”。并有“肺虚为微寒所伤”“肺虚为邪热所客”等不同，提示临证时应区别邪气的寒热属性。唐代王焘《外台秘要·肺胀上气方》记载“广济疗肺胀气急，咳嗽喘粗，卧眠不得，极重恐气欲脱，紫菀汤方”“千金疗肺胀，咳嗽上气，咽燥脉浮，心下有水，麻黄汤方”。书中不但列出治法方药，而且阐述了肺胀的饮食宜忌，认为生葱、羊肉等均属禁忌之列。宋及金元时期，有关肺胀记载颇多，其中丹溪之说尤有建树，如《丹溪心法·咳嗽篇》说：“肺胀而嗽，或左或右，不得眠，此痰夹瘀血

碍气而病，宜养血以流动乎气，降火疏肝以清痰”，提出肺胀病理是由痰瘀阻碍肺气所致，可用四物汤加桃仁等药物治疗，为肺胀运用活血化瘀治法开创了先河。明清以来，有关肺胀论述亦详。明代虞抟《医学正传·咳嗽篇》说：“肺胀者，主收敛……用诃子为君。”强调了肺虚气不敛降的一面。李梴《医学入门·咳喘篇》根据肺胀病因不同，列举出多种治疗方法，如金沸草散、麻黄杏仁饮、苏沉九宝饮、古百花膏、诃黎勒丸等，丰富了肺胀的辨证施治。

（二）慢阻肺现代中医论治流派

近年来诸多医家根据各自的临床实践及研究观察结果，从不同角度阐明自己的认识。孙志佳认为从病理因素来看，痰浊水饮为患，当以温化为宜；从病变脏腑角度来看，病起于肺，久必及肾，提出温补肺肾法治疗慢性阻塞性肺疾病的理论。张双胜认为气虚是 COPD 稳定期最根本的病理改变，血瘀是稳定期的必然病理改变。益气活血法是 COPD 稳定期的治疗大法。黄晓军等认为慢阻肺是一个缓慢发展的过程，久病入络，病情日久必定会导致痰瘀互结，肺气不畅。临床上慢阻肺患者大多伴有怕冷乏力、痰气交阻等气阳亏虚症状，而且由于患者本就表现为痰瘀夹杂，一味补阴恐有闭门留寇、滋腻缠绵难愈之患，故而提出益气温阳与活血化瘀法治疗 COPD。

四、韩师治疗慢阻肺的研究

（一）临床研究

临床上运用参七虫草胶囊治疗患者，并观察到：参七虫草胶囊不仅对慢阻肺稳定期疗效显著，而且能减少下呼吸道急性感染次数、发病持续时间及抗生素的应用时间，同时亦可以提高患者的免疫功能。慢阻肺患者在治疗前其 IL－8、TNF－α 水平均高于健康人组，$P<0.05$ 或 0.01；经过治疗后，治疗组的两项指标均明显下降 $P<0.05$ 或 0.01。

（二）参七虫草胶囊实验研究

1. 运用参七虫草胶囊治疗使用香烟雾熏加脂多糖（LPS）气管滴入所致 COPD 模型大鼠肺组织病理学和超微结构的观察　实验结果

显示，正常对照组上皮纤毛排列整齐、无脱落，支气管纤毛柱状上皮细胞胞浆未见肿胀，大鼠Ⅱ型肺泡上皮细胞未见增生，板层小体未见排空。COPD模型组肺泡Ⅱ型细胞明显变性，结构不清，线粒体明显肿胀变性，甚至呈空泡状，嵴突破坏甚至消失，板层小体明显减少，核膜有破坏，核染色质边聚（凋亡早期改变）。参七虫草胶囊高剂量组肺泡Ⅱ型细胞胞浆内见较多板层小体，细胞结构完好，线粒体完好。参七虫草胶囊低剂量组肺泡Ⅰ型细胞、Ⅱ型细胞结构完整，无破坏，线粒体肿胀不明显，嵴突大部分完好，可见较多板层小体。金水宝胶囊组肺泡Ⅱ型细胞板层小体减少（排空到细胞外），部分线粒体空泡变性。可见，模型组无论是肺组织一般形态还是超微结构，均表现出COPD的病理特征。早期给予参七虫草胶囊干预对COPD模型大鼠病理改变有明显的预防和治疗作用，可延缓和改善COPD的病理过程，作用可能优于金水宝胶囊。

2. 运用参七虫草胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病大鼠模型，并观察其血液流变学的改变　慢阻肺患者存在血液流变学各项指标的异常，从现代物理诊断学角度来看，慢阻肺存在血瘀的微观征象，而且血瘀也是慢阻肺反复发作的病理机制之一。根据我们实验观察的结果发现，慢阻肺模型组大鼠的血液流变学各项指标较空白对照组均明显升高，这一点证实慢阻肺大鼠模型确实存在血瘀的病理改变。参七虫草胶囊高剂量组的全血黏度、血浆黏度、血细胞比容及纤维蛋白原均较模型组有显著降低；参七虫草胶囊低剂量组和金水宝组除血细胞比容外，其他各项指标也较模型组有显著降低，这些均提示参七虫草胶囊对慢阻肺模型大鼠的血液流变学的部分重要指标具有明显的改善作用。

3. 运用参七虫草胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病大鼠模型，并对模型组进行一般情况和肺功能的观察　实验结果显示，与空白对照组比较，模型组、参七虫草胶囊低剂量、金水宝三组的肺功能均显著降低（$P<0.01$）；这提示我们除参七虫草胶囊高剂量组外其他各组的肺功能均显著下降。模型组与参七虫草胶囊高剂量组相比两者肺功能差异显著（$P<0.01$）。

4. 运用参七虫草胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病大鼠，并观察其对氧化/抗氧化失衡影响　氧自由基与炎症关系密切，它所引发的脂质过氧化对机体的主要损害是对生物膜的破坏。局部的炎症反应可导致自由基生成增加，从而使脂质过氧化作用增加，在造成肺损伤的同时又进一步将自由基反应播散，反过来加重炎症反应和肺损伤，这可能是 COPD 患者肺脏局部炎症持续不愈的原因之一。氧化与抗氧化失衡对 COPD 的发生、发展有一定的影响，常被认为是 COPD 的发病机制之一。自由基造成生物体系损伤的重要因素是产生脂质过氧化物，其中最主要的是丙二醛(MDA)。超氧化物歧化酶(SOD)是广泛存在于需氧代谢细胞中的一种自由基清除剂，在自由基的产生和清除平衡中起着重要作用。过氧化氢酶(CAT)属于机体抗氧化系统中酶系统的重要组成之一，在清除自由基的过程中，与 SOD 具有协同作用。因而 CAT 含量的多少，同样可以作为衡量机体抗氧化能力大小的重要因素。实验表明：用药干预组、参七虫草胶囊高剂量组、参七虫草胶囊低剂量组、金水宝组的血清、肺组织及支气管肺泡灌洗液(BALF)中 MDA 含量均低于模型组($P<0.05$ 或 0.01)，显示出各干预组药物均能抑制脂质过氧化反应，抑制血清、肺组织及 BALF 中 MDA 含量的升高。参七虫草胶囊高剂量组、参七虫草胶囊低剂量组、金水宝组的血清、肺组织及 BALF 中 SOD、CAT 含量均高于模型组($P<0.05$ 或 0.01)，说明各干预组药物均能增强 SOD、CAT 的活性，提高机体抗氧化的能力。

5. 运用参七虫草胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病，并观察模型大鼠细胞因子网络紊乱的情况　CD_4 T 辅助细胞(Th 细胞)是 T 细胞的一种重要的细胞亚群。Th 细胞根据分泌细胞因子的种类而主要分为 Th_1 和 Th_2 两个细胞亚群。未接触抗原的 T 细胞经抗原刺激后在IL-12 作用下分化为 Th_1 细胞，而在 IL-4 作用下分化为 Th_2 细胞。Th_1 细胞主要介导细胞免疫应答，在抗感染、器官移植排斥反应和自身免疫病的诱导过程中起主要作用。Th_2 细胞主要介导体液免疫，在过敏反应中起主导作用，使抗原特异的 B 细胞分泌 IgG1 和 IgE 抗体。

Th_1 和 Th_2 细胞所诱导的免疫反应能互相调节或产生交叉调节(cross regulation)作用。正常状态下,体内 Th_1 和 Th_2 细胞功能处于动态平衡,维持正常的细胞和体液免疫功能。分泌IFN-γ是 Th_1 细胞的特征而 Th_2 以分泌 IL-4 最富代表性,Th_1 和 Th_2 之间存在着交互调节的关系,IL-4 可抑制 IFN-γ 的分泌,反之,IFN-γ 也可抑制 IL-4 的增多,这促使 Th_1 和 Th_2 两者以相互拮抗的方式调节着机体正常免疫应答的平衡(Th_1/Th_2 功能平衡)。当机体处于某种疾病状态时,上述平衡被打破,导致细胞因子向 Th_1 或 Th_2 极化,使该亚群功能亢进而另一亚群功能低下,出现异常免疫应答。据文献报道,COPD 患者的 BALF 中淋巴细胞分泌的 IFN-γ 明显升高、IL-4 明显低下,考虑正是 IFN-γ 分泌增多抑制了 IL-4 的分泌,使 COPD 患者 Th_1 亢进而 Th_2 功能低下。实验研究结果表明,慢阻肺大鼠模型的血清 TNF-α、IFN-γ 明显升高,与正常对照组比较,$P<0.01$,而 IL-4、IL-10 则显著降低。结果与文献报道一致,提示可能慢阻肺模型 Th_1 亢进而 Th_2 功能低下,而参七虫草胶囊可调节细胞因子的紊乱,即降低 TNF-α、IFN-γ 的水平,上调 IL-4、IL-10 的水平。

6. 运用参七虫草胶囊治疗慢性阻塞性肺病大鼠模型,观察其内皮素和一氧化氮的水平　实验证明,慢阻肺急性发作时,血液和肺组织局部合成与释放的内皮素(ET-1)明显增多,可能由此加重气道的炎症反应和组织损伤。而一氧化氮(NO)合成不足对慢阻肺形成和发展也有重要影响作用。中药参七虫草胶囊可通过有效抑制 ET-1 的产生,显著提高 NO 含量,从而延缓或减轻肺的慢性炎症,达到益气养阴活血、补益肺肾的功效。

7. 参七虫草胶囊对慢性阻塞性肺疾病大鼠模型粒细胞-巨噬细胞集落刺激因子 mRNA 表达的影响　粒细胞-巨噬细胞集落刺激因子(Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor,GM-CSF)是维持和调节中性粒细胞数量及功能的细胞因子,内毒素等致病原引起肺内的 GM-CSF 的表达增加,导致肺内中性粒细胞的聚集增加,介导肺损伤的加剧。目前,在 COPD 的形成中起主要作用的细胞因

子主要有 TNF－α 与 IL－8，主要炎症介质包括白三烯等已得到一致的认识。实验结果表明，慢阻肺模型组 TNF－α mRNA 的表达量与空白对照组比较有明显差异（$P<0.01$）；提示肺组织 TNF－α mRNA 的表达量增高可能预示着气道炎症。参七虫草胶囊高剂量组和金水宝胶囊组与大鼠慢阻肺模型比较，$P<0.05$ 或0.01，提示参七虫草胶囊和金水宝胶囊可以降低 TNF－α mRNA 的表达；参七虫草胶囊高剂量组和金水宝胶囊组比较，$P<0.05$，提示参七虫草胶囊对慢阻肺大鼠模型气道炎症的作用可能强于金水宝组。

五、结语评析

慢性阻塞性肺疾病是一种具有气流受限特征的疾病，其气流受限不完全可逆并呈进行性发展，属中医肺胀范畴。祖国医学对本病有较深刻的认识，积累了大量宝贵的经验。韩师在中医理论指导下，在中医临床实践中，认识到虚、瘀在慢阻肺疾病中的重要性。他认为慢阻肺患者本虚以肺肾亏虚为主，气血阴阳之中，以气阴不足为重，故肺肾不足，气阴两虚是慢阻肺的发病基础，血瘀则是在此基础上产生的病理产物，同时又是导致病情加重和渐进性发展的病理因素，虚瘀交互是本病产生的关键环节，尤其在慢阻肺的稳定期。治疗上主要针对以上病机特点，采用益气养阴、活血化瘀之法创制参七虫草胶囊，应用于临床，取得较好疗效。

（张念志　李桂琴　杨晓梅）

参 考 文 献

[1]梁金池，林小锋，孙志佳. 孙志佳教授辨治慢性阻塞性肺疾病的经验总结[J]. 光明中医，2008，23(5)：581－582.

[2]张双胜. 益气活血法是慢性阻塞性肺疾病稳定期治疗大法探析[J]. 中华中医药学刊，2007，25(3)：571－572.

[3]黄晓军，蔡智刚. 益气温阳与活血化瘀法治疗慢阻肺的临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志，2006，33(7)：820－821.

从气、痰论治慢性支气管炎

一、韩师治疗慢性支气管炎重在气、痰

（一）中医对慢性支气管炎病因、病机的认识

慢性支气管炎是由于支气管感染、物理化学因素刺激或过敏所致的慢性支气管炎症。患者以中年以上居多。临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征。久病者常引起慢性阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病。慢性支气管炎在证候学上可归属为中医学“咳嗽”“喘证”“痰饮”等范畴。

1. 慢性支气管炎病因在气虚受邪　邪气侵袭致病是外因，六淫邪气侵袭人体皆可引起咳嗽。刘河间云：“寒暑燥湿风火六气，皆令人咳。”张景岳亦曰：“实喘之证，以邪实在肺也，肺之实邪，非风寒则火邪耳。”可见，外感邪气是慢支的主要致病原因。现代医学则认为，理化因素刺激、病原微生物的反复侵害以及机体免疫功能的障碍都是形成慢性支气管炎的重要原因。在寒冷、气温骤变的情况下，慢性支气管炎的发病率和复发率都明显增高。这些气候因素及病原微生物的感染，在中医学上都属于邪气的范畴，由此可见慢性支气管炎的发病与六淫邪气侵袭有一定的关系。

2. 气机失调是慢性支气管炎的基本病机　本病临床以长期、反复的咳嗽、咳痰、喘息为主要症状。以上症状的产生，其病理与气机失调有着密切关系。咳嗽有外感和内伤两大类。急性期以外感为主，外邪犯肺，肺失宣肃，肺气上逆而发生咳嗽。慢性期以内伤为主，与肺、脾、肝、肾密切相关。肺阴亏耗或肺气虚损，均可使肺失宣降，气逆而咳。脾为后天之本，脾虚日久可导致肺气虚衰。此外，脾主运化水湿，脾失健运，水湿不化，聚而为痰为饮，上渍于肺，影响肺气宣降，而致咳嗽。肝脉布于胸胁，上注于肺。肝气郁结化火，上逆于肺，熏灼肺脏，使肺气不降，上逆为咳。肾主纳气，肾中精气充盛，吸入之气经肺肃降、下

纳于肾。若肾气不足，摄纳无权，气浮于上，即会出现咳喘之象。内伤咳嗽者，由于脏腑虚损，营卫不固，因而容易感受外邪，致使咳嗽加剧。《医源》把咳嗽病机归为三要，即一由气滞而不宣，二由气逆而不降，三由气虚而不固。喘息是慢支的常见症状之一。外邪侵袭，痰浊内蕴，他脏病气上犯，皆可致肺失宣降，肺气胀满，壅阻气道，气机出入失常，发为喘促。肺虚气失所主，中气虚弱，脾虚气无化源，肾虚气失所纳，心气亏虚则胸阳失运，均会导致肺气宣降不利，气机升降失常，而为喘息。《三因方》曰："肺为五脏华盖，百脉取气于肺，喘既动气，故以肺为主。"痰既是慢支的病理产物，又是慢支反复发作、迁延不愈的重要因素。痰是人体水液代谢的病理性产物，即所谓"液有余，则为痰"。脏腑功能正常，水液能从正而化，津血和调，则痰无由生。脏腑失和，则水液代谢障碍，"从化失正"，则停聚为痰。可见，痰之所生，皆因气化不利所致。诚如《存存斋医话稿》所云："痰之患，由于液不化；液之结，由于气不化。"另外，慢支的主要症状是长期咳嗽、气喘、咯痰，日久累及心脏，可出现口唇发绀、胸闷喘息、舌青紫等瘀血征象，此皆由于痰浊阻于肺络，或气虚血行无力，而致血滞不畅。

3. 慢性支气管炎迁延不愈源于痰瘀互结　慢支形成的病机主要有正虚与邪实，慢支的反复发作常以外感病邪为诱因，而慢支迁延不愈则与痰瘀互结，气道阻塞密切相关。《血证论》中指出"内有瘀血，则阻碍气道，不得升降。气壅则水壅，水壅即为痰饮"。反之，痰浊停聚久留，阻碍肺气的宣降，气滞血瘀，最终皆导致痰瘀互结。现代医学研究证实，慢支患者都不同程度地存在着微循环障碍，而且随着病情的加重，其微循环障碍的程度逐渐加重，并有明显的血液流变学的异常改变，表现出"黏、凝、浓、聚"等病征。而这种微循环及血液流变学的异常改变，早已被作为痰瘀证的微观指标应用于临床。痰瘀互结既是气机失调的病理产物，又是妨碍气机正常升降的致病因素，两者互为因果，所以导致慢支缠绵难愈。

（二）韩师对慢性支气管炎中医病因、病机的认识

韩师认为，本病常因反复感寒饮冷而致脾肺失调，久咳不愈，症状

迁延反复而加重肺脾受损。伤肺则肺气失于调畅，肺的宣发肃降失常。肺失宣发肃降，则肺主呼吸的生理功能受影响，造成气机不利，呼吸不畅，出现咳逆上气；肺气不能输布津液，津聚为痰，进而痰多喘满。伤脾则脾失健运，水湿不化，脾湿生痰，上渍于肺，壅遏肺气，故咳嗽、痰多。其病位在肺，发生、发展及转归与肺脾肾三脏密切相关，以肺脾肾虚损为本，以痰阻气逆为标，急性发作期则以痰浊阻肺，气机壅塞之邪实为主，其治主要在肺，治予祛邪利气。李梴曰："痰者，津液所化。风伤肺，湿伤脾，凝浊而生。"所谓"风伤肺"，是指外感六淫导致肺气不利，宣降受阻，引起呼吸道黏液腺的增生肥大。腺体分泌亢进，乃是痰液形成的病理基础。故慢支发作期的主要病理机制是痰浊阻肺、肺气上逆。

韩师在大量古今文献的研究中发现，古方中不乏以"温肺"立意者，疗效佳，历传至今。以此为切入点，结合慢支证候学调查，发现"寒痰"证候者并不少见，"寒痰伏肺"是本病的关键因素，复感外邪是其发作的诱因，痰遇风动，痰随气升，肺气郁闭，不得宣通为基本病机。同时，肺脏又是气血交换的场所，外邪侵袭，影响肺脏，则肺主宣发肃降失常，易致津停气阻为痰；同时，痰为有形之邪，一旦形成易阻血络，日久成瘀，以致最终形成痰瘀互结，这与"久病入络""久病多瘀"的传统经验相吻合。正如《普济方·诸血》云："凡病经多日，治疗不愈，须当为之调血。"

（三）韩师治疗慢性支气管炎的代表方剂

化痰降气胶囊是韩师立足于慢支证候学调查的基础，从慢支痰壅气逆病机出发，针对寒痰证候，寓意于温，以温散、温润、温化、温泄多道并行的经验方。方中以炙麻黄为君药宣肺平喘；以白芥子、紫苏子为臣药，白芥子可温肺利气、快膈消痰，紫苏子功擅降气化痰、止咳平喘，为降气平喘要药。且现代药理研究表明：白芥子、紫苏子可抑制炎症反应；以白前、金沸草为佐药，白前可降气化痰，金沸草归肺经，具宣散肺气，止咳化痰之功效。当归为佐使药，功具止咳化痰、活血化瘀作用。诸药合用，可使痰化、气畅、瘀消，共奏化痰、降气、平喘、祛瘀之功效。

1. 麻黄　味辛、微苦，性温，长于发散风寒表邪，善于开宣肺气，散风寒而平喘。《神农本草经》载："主中风，伤寒头痛，温疟。发表出汗，去邪热气，止咳逆上气，除寒热，破癥坚结聚。"《本草纲目》云："麻黄乃肺经专药，故治肺病多用之。"其止咳平喘之功效，至今沿用不鲜。

中医理论认为喘咳主要与肺失宣肃有关。麻黄辛散，逐邪力强，可外开皮毛之郁闭，使肺气宣畅，呼吸调匀；且麻黄又有苦降之性，因此又能复肺金清肃下降之常，使逆气下降，喘得以平息。生麻黄及蜜炙麻黄为两种最常用的炮制方法，完全符合中医临床用药实际，即"解表生用、平喘蜜炙或生用"。生麻黄服后能使人出汗，而经过蜜炙后的麻黄，其中起发汗作用的挥发油含量显著降低，麻黄碱含量减少甚微，平喘作用更加突出。因此蜜炙麻黄服用后发汗作用减弱，而平喘作用更加突出。

2. 紫苏子　简称苏子，味辛，性温，归肺、大肠经，善开肺郁，下气清痰，止咳平喘。《药品化义》："苏子主降，味辛气香主散，故专利郁痰。咳逆则气升，喘急则肺胀，以此下气定喘。膈热则痰壅，痰结则闷痛，以此豁痰散结。"紫苏子多用于风寒外束，肺气不宣，咳嗽胸闷，痰气不利，多与麻黄、陈皮等同用，如《博济方》华盖散；若湿痰壅滞，咳嗽气喘，食少痰多，胸闷不畅，多与白芥子、莱菔子配伍，如《韩氏医通》三子养亲汤。

现代药理研究结果显示，紫苏能减少支气管分泌物，缓解支气管痉挛。其化学成分石竹烯具有松弛气管、镇咳祛痰作用，另一成分沉香醇具有平喘作用，且紫苏中含有脂肪油，可润肺止咳，王静珍等以紫苏脂肪油 5g/kg，2.5g/kg 灌胃给药，证明可减少氨水引起的小鼠咳嗽的反应次数，延长反应潜伏期；腹腔注射给豚鼠能对抗 2%乙酰胆碱与 0.1%磷酸组织胺等混合液引起的哮喘反应。王永奇等对紫苏子及其炮制品的梯度溶媒提取物进行了镇咳、祛痰、平喘的对比性研究。首先采用浓氨水喷雾法、毛细玻管法、喷雾致喘法。结果发现：①紫苏子水提物、醇提物和醚提物均显示了不同程度的镇咳作用；②紫苏子和炒紫苏子水提物的小剂量组均有良好的祛痰作用；③对用 2%

氯化乙酰胆碱和0.1%磷酸组胺的等量混合液诱喘的哮喘模型，炒紫苏子水提物和醚提物的小剂量组均显示出显著的平喘效果。提示紫苏子具有一定的镇咳、祛痰和平喘作用。平喘成分的水溶性大。存在于炒紫苏子的平喘成分其极性较分散，既存在于极性大的部分也存在于极性小的部分。现代对紫苏子的药理研究在探究其药理活性成分的基础上侧重于对紫苏油解热、镇咳、平喘、止吐作用和其抗炎脱敏作用以及紫苏子的抗肿瘤作用的研究。

3. 白芥子　味辛，性温，归肺、胃经，功擅温肺化痰，利气散结。《本草纲目》载："利气豁痰，除寒暖中，散肿止痛。治喘嗽反胃，痹木脚气，筋骨腰节诸痛。"《本草经疏》："白芥子味极辛，气温。能搜剔内外痰结，及胸膈寒痰，冷涎壅塞者殊效。"多用于寒痰所致之喘咳、悬饮等。本品辛温走散，利气机，通经络，化寒痰，逐饮邪，善治"皮里膜外之痰"。治寒痰壅肺，咳喘、胸闷、痰多，多配苏子、莱菔子，即三子养亲汤。

白芥子具有温肺豁痰利气、散结通络止痛之功能。用于治疗寒痰咳喘，胸胁胀痛，痰滞经络，关节麻木、疼痛，痰湿流注，阴疽肿毒。临床上常用来祛痰及消肿毒等。作为三子养亲汤的组成之一，白芥子有明显的祛痰作用，属于恶心性祛痰药。现代药理研究证实，白芥子含芥苷、芥子碱、芥子酶等，具有平喘作用。研究表明，目前国内外对白芥子的药理研究主要侧重于其抑菌作用、辐射保护作用和抗雄激素作用。在临床可用于治疗呼吸系统疾病、高血压和前列腺增生，并有一定的抗衰老功效。国外有关白芥子的临床报道与国内相似，认为它不仅可作为化痰剂、催吐剂、缓痛剂、刺激剂，还被用于治疗维生素C缺乏病，用作发汗剂、利尿剂、兴奋剂等。内服时还可治疗胃肠功能紊乱。张学梅等在初步分离提取白芥子活性成分的基础上，分别对白芥子的水提取物、醇提取物、石油醚提取物进行了传统的镇咳、祛痰和平喘实验。实验结果显示，除了白芥子水提取物的大剂量组具有良好的祛痰作用外，炒白芥子醇提取物小剂量组还具有显著的镇咳作用，炒白芥子石油醚提取物小剂量组具有平喘作用。可见，白芥子的临床应用较为广泛，用法上既可煎汤调服，或入丸散，又可研末调敷外用，且

疗效甚显。白芥子在入煎剂时，多配以紫苏子，二药皆可祛痰降气。白芥子温燥性强，宜于祛除寒痰；紫苏子温而润肺，宜于止咳喘；二药配伍为用，一燥一润，一峻一缓，相互协调，痰祛则肺安。

4. 金沸草　始载于《神农本草经》，又名旋覆梗，为旋覆花的地上部分；性温，味咸，微苦、辛。古今阐释旋覆花者，大多以为其只有消痰降气之功，囿于"诸花皆升，旋覆独降"之谚。不可否认，旋覆花肃肺降气、豁痰蠲饮之功众人皆知。但其不可埋没的功效还有：其味辛，辛者能散能横行，而宣散肺气达于皮毛，一降一宣，便可恢复肺主治节之权；其味咸，咸者入肾，而能纳气下行以归根。金沸草归肺经，具止咳化痰、利湿、消肿功效。《全国中草药汇编》记载："金沸草味咸、性温，有小毒。化痰止咳，利水除湿，主治痰多咳嗽，水肿，风湿疼痛。"用于咳嗽、痰喘之外感风寒者，与前胡、荆芥、杏仁等同用；若痰饮留滞，胸闷胁胀，可配半夏、陈皮、生姜等。

现代药理学研究表明，金沸草主要含有旋覆花次内酯、旋覆花内酯、槲皮素、咖啡酸、阿魏酸、旋覆花黄酮等，其中旋覆花黄酮对组胺引起的豚鼠支气管痉挛性哮喘有明显的保护作用；对组胺引起的豚鼠离体气管痉挛亦有对抗作用，但较氨茶碱的作用慢而弱。近来研究报道：小鼠腹腔注射旋覆花水煎剂有显著镇咳与抗炎作用，可抑制小鼠引起的咳嗽，消除巴豆油涂擦耳部诱发的急性炎症；灌胃有明显的祛痰作用，可促使气管排泌酚红。

5. 白前　味辛、甘，性微温，归肺经，功擅降气化痰。《名医别录》："白前，味甘，微温，无毒。主胸胁逆气，咳嗽上气。"《本草纲目》："白前，手太阴药也。长于降气，肺气壅实而有痰者宜之。"《本草汇言》："白前泄肺气，定喘嗽之药也，疗喉间喘呼，为治咳之首剂，宽胸膈满闷，为降气之上品。"白前长于祛痰，降肺气，气降痰消则咳嗽胸满自除，无论属寒属热，外感内伤均可用之，尤以寒痰阻肺，肺气失降者为宜。多用于咳嗽痰多，胸满喘急之患。常配半夏、紫菀等同用。

现代药理研究证明，白前主要含白前皂苷、白前皂苷元、白前新皂苷和白前二糖。其中白前皂甙有祛痰作用。关于中药白前的药理实

验研究的报道甚少，其药理作用主要有镇咳、祛痰及抗炎作用。梁爱华等以 120g/kg 剂量的芫花叶白前水煎剂给小鼠灌胃发现，芫花叶白前水提取物、醇提取物和醚提取物均有明显的镇咳作用，其中水提取物和醇提取物有较明显的祛痰作用，而醚提取物的祛痰作用不明显。水提取物腹腔注射给药时有明显的平喘作用及非常明显的抗炎作用，表明芫花叶白前对于呼吸系统疾病常见的咳、痰、喘症状有明显的改善作用，对急性炎性渗出亦有明显的抑制作用。沈雅琴等采用常规的炎症和疼痛模型以及电刺激麻醉动物颈动脉的体内血栓形成模型来研究白前的镇痛、抗炎和抗血栓形成作用，结果显示：白前具有镇痛、抗炎和抗血栓形成作用。

6. 当归　味甘、辛，性温，功擅补血，活血，调经，止痛，润肠。《神农本草经》："主咳逆上气……妇人漏下，绝子，诸亚疮疡、金疮。"《景岳全书》："当归，其味甘而重，故专能补血，其气轻而辛，故又能行血。补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药也。"

中医认为，当归主入血，血虚养之，血瘀化之，故以其治疗"诸病固夜甚"独树一帜。当归富含挥发油，其中主要成分有藁本内酯、正丁烯酞内酯、烟酸、当归酮等，另含水溶性成分阿魏酸、丁二酸等。其藁本内酯有解除豚鼠离体支气管平滑肌痉挛作用，静脉注射本品能对抗组胺引起的支气管平滑肌收缩，有平喘作用。

通过对近年来国内外相关文献进行归纳和总结，发现当归具有多种药理学效应，如抑制平滑肌，降低血小板聚集，抗血栓，抗炎作用，增强机体免疫功能，抗肿瘤，保肝利胆和保护肾脏等作用。当归挥发油（含藁本内酯 70%），可抑制呼吸道平滑肌的收缩，其机制在于抗过敏及稳定炎症细胞的细胞膜，而膜稳定作用与其抑制肺泡巨噬细胞胞浆游离钙水平升高、影响肺泡巨噬细胞的活化有关。谢可鸣等研究表明，中药当归制剂在体内外模型中给药均可明显抑制由虫卵诱发的肉芽肿性炎症反应。对于放射损伤小鼠，当归多糖可使红细胞 C3b 受体花环率和外周血白细胞、血小板显著升高，说明当归多糖对放射损伤小鼠红细胞免疫功能具有保护作用。当归多糖腹腔注射可以拮抗

环孢素引起的小鼠脾脏T淋巴细胞增殖、NK细胞活性和IL-2生成的抑制作用。对阿霉素诱导的大鼠血瘀证模型，可使其胸腺指数和脾脏指数明显升高，免疫球蛋白IgG、IgM、补体C5含量明显升高。柴文成等以气管内注入博莱霉素复制大鼠肺间质纤维化模型，观察当归对博莱霉素所致的肺间质纤维化大鼠的肺形态学及胶原的影响。结果显示：当归能明显减轻肺泡炎和肺纤维化程度，对肺间质纤维化有一定的保护作用。刘卫敏等通过向大鼠气管内注入博莱霉素诱导肺纤维化后，腹腔注射25%当归注射液，分4批于第2，7，15，30天处死，观察各种指标。结果发现：当归组第7，30天时肺系数显著低于对照组，肺泡炎及肺纤维化显著减轻，肺匀浆丙二醛(MDA)产生显著减少，血及肺匀浆羟脯氨酸均显著降低。

二、化痰降气胶囊临床和实验研究

化痰降气胶囊具有化痰降气、止咳平喘等功效，全方由白芥子、紫苏子、白前、金沸草等组成，适用于慢性阻塞性肺疾病急性发作期和缓解期。紫苏子降肺中逆气，为降气平喘要药；且紫苏子和白芥子均具有抗炎杀菌作用；金沸草、紫苏子、白前三味，皆具“温而不燥，润而不腻”之性，功擅温润肺气，止咳化痰，为治疗久咳久喘之良药。诸药合用，共收化痰降气、宣肺止咳平喘之效。

（一）临床研究

化痰降气胶囊能减轻COPD患者炎症和改善支气管病理损伤，其治疗CDPD的部分机制是否与调低COPD气道TNF-α和LTB_4，从而减轻支气管炎症是本次实验的重点。本实验的结果显示，化痰降气胶囊确能降低COPD模型大鼠支气管肺泡灌洗液中TNF-α、LTB_4，从而减少中性粒细胞向气道中趋化，减轻气道炎症及其所造成的支气管及肺组织损伤。

研究表明，化痰降气胶囊能减轻COPD炎症和改善支气管病理损伤。小气道病变是气流阻塞的主要原因，其病理基础为小气道炎症，黏膜肿胀，分泌增加，平滑肌痉挛，引起气道阻力增加。此外，加上

长期反复的炎性刺激，使肺泡弹性降低，进一步导致气流运动缓慢。临床研究显示，经化痰降气胶囊治疗后，患者的肺功能较治疗前均有明显提高，从而起到改善 PaO_2 和 SaO_2 的良好作用。因此，化痰降气胶囊在 COPD 的治疗过程中可明显改善肺功能和提高 PaO_2、SaO_2 水平，具有肯定的辅助治疗作用，这对延缓 COPD 的病程发展，提高 COPD 患者的生存质量大有益处。其机制可能是由于化痰降气胶囊有效地发挥其化痰降气、止咳平喘的作用，以减轻黏膜肿胀，减少分泌，松弛平滑肌，使小气道炎症得到有效控制，从而降低气道阻力，使肺通气功能在一定程度上得到改善，提高 PaO_2 和 SaO_2 水平。

（二）实验研究

化痰降气胶囊先期实验已证明，其可降低 COPD 模型大鼠支气管肺泡灌洗液中 TNF－α、LTB_4 的水平，减轻气道炎症及其所造成的支气管肺组织损伤。损害的肺功能得以有效缓解，肺通气与换气功能有明显的好转，提示该药对慢性支气管炎喘息也是有一定的防治作用。综合可见，化痰降气胶囊可温化伏痰、宣降肺气、解痉平喘，进而使气顺痰消。从现代医学来讲，化痰降气胶囊可能通过松弛支气管平滑肌、解痉抗炎等途径，提高肺和气道的顺应性、降低气道高反应性及气道阻力，进而缓解支气管痉挛，改善组织缺氧状况而达到治疗慢性支气管炎喘息症状的目的。

三、结语述评

慢性支气管炎是临床上常见的一种反复发作、缠绵难愈的疾病，祖国医学对本病有较深刻的认识，并积累了大量宝贵的治疗经验。韩师在中医理论指导下，在中医临床实践中，从气、痰论治慢性支气管炎，并从慢支痰壅气逆病机出发，针对寒痰证候，寓意于温，以温散、温润、温化、温泄多道并行的经验方——化痰降气胶囊，用之临床，疗效确切。

（朱慧志　杨　程）

参考文献

[1]王静珍,陶上乘,邢永春,等.紫苏与白苏药理作用的研究[J].中国中药杂志,1997,22(1):48-51.

[2]王永奇,邢福有,刘凡亮,等.紫苏子镇咳、祛痰、平喘作用的药理研究[J].中南药学,2003,1(3):135-138.

[3]梁爱华,薛宝云,杨庆,等.芫花叶白前的镇咳、祛痰及平喘作用[J].中国中药杂志,1995,20(3):176-178.

[4]沈雅琴,张明发,朱自平,等.白前的镇痛、抗炎和抗血栓形成作用[J].中国药房,2001,12(1):15-16.

[5]谢可鸣,居颂光,顾永平,等.当归对体内外血吸虫卵肉芽肿反应抑制作用的实验研究[J].中国病理生理杂志,2002,18(9):1122-1125.

[6]柴文戍,于镜泊,李永春.当归对肺纤维化大鼠肺形态学及胶原的影响[J].中国全科医学,2004,7(8):531-533.

[7]刘卫敏,徐启勇,林宇辉,等.浓当归注射液对肺纤维化发生、发展过程的影响[J].武汉大学学报(医学版),2001,22(4):325-327.

论治支气管哮喘重在风、痰、寒、瘀

一、风、痰、寒、瘀乃韩师治哮之重

(一)韩师对支气管哮喘中医病机认识

韩师在多年临床经验的基础上总结认为,引起支气管哮喘(简称哮喘)的原因甚多,但总不外乎邪实和正虚两方面。邪实以风邪袭肺为先,正虚以阳弱体寒居多。无论邪实,还是素体阳虚复感外邪,总归是外邪袭肺,导致肺失宣发、肃降,肺气壅塞,气逆于上而致气喘;肺失宣降,津聚为痰,痰阻脉络,久而络滞生瘀,又可妨碍肺之宣降,气之升降。故"气阳虚弱"为哮证发病的易感因素,"痰瘀伏肺"为哮病反复发作、迁延不愈的宿根所在,"风邪"是哮证发作的主要诱发因素,也是哮病的主要病性特点。风、痰、瘀相互纠结,痰瘀静伏,风痰涌起,止若无恙,发则喉中鸣响,胸憋闷窒。

(二)韩师临证治疗支气管哮喘特点

1.治哮重寒,勿忘温化　支气管哮喘患者素体禀赋不足,肾阳亏虚,加之外感寒邪,更伤阳气。寒性哮喘主要临床表现为咳逆倚息不得卧,喉中痰鸣,咳痰清稀,鼻流清涕,面色苍白或晦滞带青,脉浮紧或弦紧,苔薄白,临床中常见哮喘日久、反复发作的患者,多有面色晦暗、畏寒肢冷等阳虚表现。阳虚则气化失司,水津不布,停蕴成痰,留而为饮,痰饮阻于道,肺气不降,逆而作喘。在哮喘病例中,通常寒哮较多见,但具有上述典型症状的并不常见。韩师认为在没有合并呼吸道感染的情况下,寒饮所致哮证是临床所见的大部分,尤以风寒外袭诱发者为多,证属寒邪郁于肌表,痰气交阻于肺。治疗上,韩师多从寒哮论治。

由于寒痰伏肺是哮喘发病的主要病理环节,而阳虚(或兼外寒)是哮喘发病的主要原因,故温肺逐饮、散寒温饮在哮喘治疗中占有重要地位。韩师执仲景当以温药和之古法,认为温阳化痰可以首先培补阳气,阳气足则温煦推动作用正常。多选取射干麻黄汤、小青龙汤等古方,以

干姜、细辛温肺化饮，半夏温利痰饮，麻黄温肺平喘，但切忌一味强调大辛大热之品，更不能妄用过多寒凉之剂。

2. 祛挛重风，散收相合　风为百病之长，外邪诱发哮证，风邪首当其冲。哮证发病迅速，时作时止，反复发作，发病有明显的季节性，且发作前多有鼻痒、咽痒、喷嚏、咳嗽等先兆症状，有些还与闻及异味、进食发物等诱因有关，这些都与风邪善行数变等特性相符，"痒则为风""风盛则挛急"。因此，祛散外邪以治哮喘，偏于治风。《丹溪心法·哮喘》："哮喘必用薄滋味，专主治痰，药中多用温，不用凉药，须常带表散。"韩师认为，无论寒哮、热哮，其定风是共同的治法，或疏风以宣肺，或祛风以解痉，善用麻黄、射干、蝉蜕、防风、僵蚕等，尤喜用蜈蚣。

痰闭气堵，气随痰阻致使气道狭窄，喉间发出哮鸣之声，韩师嘱以芍药甘草汤或五味子等酸甘之味，可化阴缓急，消除挛急之峻，不必囿于其味酸敛邪。临证运用表明：此类药物具有生津止汗，湿化痰液，缓解哮鸣音的作用。温散酸收相合运用，甚是点睛之用。

3. 利气重痰宜兼化瘀　哮证的主要病理因素是宿痰内伏，化痰以平喘贯穿治哮始终的观点为大多数医家所采纳，以祛痰通气道，气道通则喘平。韩师指出，非开气道之闭郁，解气道与伏痰之纠缠，而后方能开化之。因此哮证治痰当治其肺气闭郁，一可降肺气，以宣肺化痰，二可疏利气机，正如《证治准绳》所说"善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身津液随气而顺。"化痰方剂韩师喜用二陈汤、三子养亲汤之类。

久病多瘀，唐容川《血证论》："盖人身气道，不可阻滞……内有瘀血，气道滞塞，不得升降而喘。"痰瘀同源，痰可以酿瘀，瘀也可化痰生水，痰瘀互结，阻塞气道，气机升降失衡，哮喘则难平。哮喘病程日久，面色黧黑，口唇紫绀，眼下发青，指甲青紫，舌青或有瘀斑，舌下筋脉增粗、延长或有分叉，此即血行不畅，络道阻塞之象。痰瘀为阴邪，得温而化，痰瘀得以清化，气血津液才能正常输布运行，肺气宣降正常而哮喘乃平。因此，哮喘运用化瘀通络之法，对于驱除伏痰宿根十分必要，不仅可以缓解发作期症状，对于预防再次发作也有着积极的意义。化瘀之药，韩师多喜用当归、川芎、赤芍、地龙、蜈蚣等。

(三)韩师治疗支气管哮喘代表方剂

基于对支气管哮喘的临床认识和多年的临证体会，韩师自拟“金泰方”。金泰方由苏子降气汤与三子养亲汤化裁而来，采用上述药物高浓缩颗粒而制。苏子降气汤源于《丹溪心法》，主治上实下虚喘咳之常用方，“上实”指痰气上壅于肺，“下虚”指肾阳不足，不能纳气归元，用于痰涎壅盛，肾气不足者。三子养亲汤源于《韩代医通》，主治老人中虚，痰壅气滞之证。共取二方之义加减，组成降气化痰，温阳祛瘀，疏风通络方——金泰冲剂。其主要组成有苏子、莱菔子、白芥子、厚朴、前胡、当归、肉桂、甘草、蜈蚣等。

方中苏子，辛温入肺，善下气消痰；白芥子平喘化痰；莱菔子定喘化痰，共为君药。厚朴疏敦阜之土而降逆消痰，具止咳平喘、理气解郁之功效。现代药理学研究认为厚朴可扩张支气管平滑肌；前胡降气祛痰，助其平喘，使气道通畅，两者可为臣药。有研究表明，前胡是一种新型 Ca^{2+} 拮抗剂，对肺动脉有扩张作用，可降低肺动脉阻力，并且有溶解痰黏液作用，同时厚朴有调节交感神经作用，可使哮喘患者镇静，有利于哮喘症状的缓解。“久病必有瘀”，当归具活血化瘀行气之效，蜈蚣擅祛风解痉，亦可活血化瘀，两者与肉桂共为佐药。当归的有效成分阿魏酸钠，是选择性血栓素 A_2 合成酶抑制剂，可使血栓素 A_2 水平下降，可拮抗血小板聚集，降低血黏度，并对各型变态反应有抑制作用，当归对补体旁路的溶血活性有抑制作用，其有效成分藁本内酯对离体支气管有松弛作用，是当归挥发油中抗胆碱有效成分。肉桂可温里散寒，协助当归改善血液循环，且有强心作用，作为温阳之品对机体细胞免疫有调节作用。哮喘急性期，丹溪有“既发以攻邪气为急”之说，蜈蚣助疏通气道壅塞及血脉瘀痹，在此系治标、治肺之法，用以疏风，使表邪外达，肺气清肃得行；同时，其具稳定的抗过敏作用，可调节机体免疫功能，降低易感性。甘草可和胃补气，调和诸药，为使药。其有效成分甘草酸，可拮抗白三烯乙，激活体内免疫作用，有类固醇样作用，可抑制气道炎症。全方共奏降气化痰，温阳祛瘀，疏风通络之效，使支气管平滑肌扩张，痰液祛除，提高气道通畅度，抑制气道炎症，调

节免疫功能。

二、支气管哮喘论治的理论依据

支气管哮喘属于中医“哮证”范畴。哮证是由于外感或内伤，导致肺气壅滞或痰阻于肺，痰气搏击，表现以喉中鸣响，呼吸急促，甚或胸憋闷窒，难以平卧为特征的一种顽固的反复发作性肺系疾病。由于哮必兼喘，故本病又称作哮喘。我国传统医学早在两千多年前的《黄帝内经》中即有对哮喘特征的描述：“阴气在下，阳气在上，诸阳气浮，无所依从，故呕咳上气喘也。”嗣后中医著作记载的“上气咳逆”“呷咳”及“痰喘”均指本病。哮喘之名，首见于宋・王执中《针灸资生经》，《丹溪心法》则首先将哮喘作为独立的病名成篇。

（一）哮证古代论治概况

对哮喘的病因病机认识，古代医家论述颇多，历代医家提出了主肾说、主脾说、主肺说、主痰说、主瘀说、主火说、宿根说、七情说、遗传说、气虚说、恣食酸咸厚味说、五脏相关说以及多种病因相合说。汉代张仲景在《金匮要略》中指出伏饮、痰浊为哮喘内在病因，并与里虚有关。隋・巢元方《诸病源候论》指出本病具有发作性且顽固难治。宋・许叔微《普济本事方》既指出了寒痰伏肺为本病之宿根，又指出了本病的难治性与遗传性。到了明代则明确提出喘有“夙根”之说，如《证治要决》中“……此谓嗽而气喘，或宿有此根……”《景岳全书》中“喘有夙根，遇寒即发，或遇劳即作者，亦名哮喘。”清・李用粹《证治汇补》精辟地总结为“哮即痰喘之久而常发者，内因有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮病。”明确指出本病的病机在痰、外感、内伤合而为病。

在治疗方面，汉・张仲景倡发汗解表法，创立了小青龙汤、桂枝加厚朴汤、麻杏甘石汤、射干麻黄汤、葶苈大枣泻肺汤等方剂，一直被后世医家治疗哮喘所沿用。首创哮喘之名的朱丹溪在《丹溪心法》中强调“痰”的重要性，认为“哮喘必用薄滋味，专注于痰”；并将治法概括为“未发以扶正气为主，既发以攻邪气为急。”此与现代治疗哮喘分为发

作期、缓解期而施以不同治法相符合。清代医家对本病的治疗又有发展，叶天士《临证指南医案》中强调了肺、脾、肾三脏虚损在哮喘发病中的重要性，倡导温肺、健脾、补肾之法。

（二）支气管哮喘现代中医论治流派

近年来诸多医者根据各自的临床实践及研究观察的结果，从不同角度阐述了自己的认识。晁恩祥等人根据哮喘发病特点与风邪“善行而数变”的性质相符而提出了“风盛痰阻、气道挛急”是其主要病机的观点。吴健卫等则认为痰饮内伏并不是孤立存在的，往往与气郁、血瘀互为因果，提出了“肺阳虚微、痰瘀伏肺”的观点。许德盛等人则强调肾虚为哮喘病人的基本体质，哮喘病人无论临床上有无肾虚见证，皆存在“隐藏性肾虚”。邵长荣则强调血瘀与肾虚是哮喘发病的关键，并认为顽固性哮喘发作常伴“肝郁气滞”之证。

在辨证方面，发作期除了经典的寒哮、热哮之外，又增加了风哮、痰哮、瘀哮、虚哮之证，对于本虚，责之肺脾肾三脏。在临床治疗方面，注重分期论治，标本兼治的特点较突出。发作期提出了疏风解痉、宣肺降气化痰、活血化瘀、肺肾同治、肺肝同治、肺脾同治等治法，并指出哮喘发作时，虽以邪实为主，但也有虚的一面，无论寒哮或热哮，均可尝试加用补肾温阳之品，并较以往更重视补脾，提出以调理脾胃为重点，将疏肝理气、活血化瘀、祛湿化痰、散风解表等多种治法融为一方。缓解期注重扶正培元，铲除夙根，但常因余邪未尽兼有痰瘀，适当加豁痰、化痰之品，以使扶正固本能顺利进行。

三、韩师治哮方金泰冲剂的拓展研究

（一）临床研究

从临床观察看，服用金泰冲剂 2 周以上，多数患者临床症状及体征得以缓解，尤其在祛痰作用上有其优势，并可稳定缓解哮鸣音，总临床积分与对照药舒氟美比较无显著差异（$P>0.05$）。临床实验室肺功能检查结果表明，金泰冲剂对 FVC、FEV_1 及 PEFR 均有一定改善作用，治疗前后各项数值有显著增高（$P<0.05$），其起效时间较舒氟

美滞后，但个体间差异较小，平均起效时间与舒氟美比较差异不明显（$P>0.05$），说明其疗效稳定；临床观察未见明显副作用。通过对不同中医分型患者的临床观察发现，金泰冲剂的显控率由高至低依次为虚实夹杂、寒哮、热哮。临床研究表明，金泰冲剂治疗支气管哮喘轻、中度发作安全有效，可明显缓解患者的临床症状及体征，显著改善患者肺功能。

（二）金泰冲剂实验研究

1. 金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型的保护作用研究　金泰冲剂可明显延长哮喘豚鼠的引喘潜伏期，减轻豚鼠哮喘发作的严重程度，对豚鼠过敏性哮喘有明显抑制作用。金泰冲剂可使哮喘豚鼠 BALF 中炎性细胞数减少，肺体指数降低，组织学检查，可见气道周围炎性细胞明显减少，未及黏膜上皮损伤脱落，表明本方可抑制气道壁增厚，减轻气道黏膜水肿，与氨茶碱组比较，后者气道周围炎性细胞亦明显减少，但其间质内仍有较多渗出。金泰组 BALF 中肥大细胞数及血中肥大细胞脱颗粒百分比显著降低。金泰冲剂在哮喘气道的炎症控制及上皮修复方面可能起一定作用。

2. 金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型的保护作用机制研究

（1）金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型自由基代谢的影响　活性氧能够引起组织损伤和炎症，氧自由基可引起平滑肌收缩和气道高反应性，已有研究显示哮喘患者体内活性氧及脂质过氧化物水平增高。在生理状态下，SOD 在体内自由基清除系统中起关键作用，不断解除超氧阴离子（O^{2-}）所引起的连锁反应，保证细胞免受自由基损伤。MDA 是反映体内 O^{2-} 活性的重要指标，而 SOD 则反映体现体内清除 O^{2-} 的能力。金泰冲剂可使 SOD 活性恢复，降低 MDA 水平，提示本方可通过抑制炎细胞的活化迁移，减少氧自由基的生成和释放，从而发挥抗炎作用。

（2）金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型细胞因子的影响

①金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型 TNF－α 水平的影响。TNF－α是一种由巨噬细胞、肥大细胞及上皮细胞产生的作用广泛的

促炎症性细胞因子，是哮喘过程中一个重要的启动因子，是气道强而有力的刺激剂。有研究表明，正常人支气管黏膜未检测到 TNF－α，而吸入或静脉注射 TNF－α，可导致气道阻力延迟性增高和 BHR(气道高反应性)，并伴有中性粒细胞、嗜酸性粒细胞浸润支气管，具有诱喘作用。适量的 TNF－α 对机体的保护反应是必需的，但过量的 TNF－α 对机体则有损害作用。其病理作用主要有：参与内皮细胞损害，促进微血栓形成；降低肌细胞跨膜电位，Na^{+}、K^{+} 泵失效；诱发其他炎症介质释放；活化中性粒细胞，产生活性氧自由基，引起组织损伤。金泰冲剂明显降低哮喘豚鼠血清 TNF－α 水平，而 BALF 中 TNF－α 水平则仍较正常组增高，可能提示哮喘发作时 TNF－α 的增高，不仅仅是气道局部炎症细胞过多释放的结果，而且与外周血单核巨噬细胞等广泛活化有密切关系，因此，当哮喘发作缓解时，机体整体的 TNF－α 水平明显下降，而气道局部灌洗液的 TNF－α 有所下降，但未呈现出统计学意义。

②金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型可溶性白细胞介素－2 受体(sIL－2R)水平的影响。IL－2R 是 T 细胞在识别外来抗原后迅速活化，表达于细胞膜表面的一种标记物。1985 年 Rubin 首次报道血清中 sIL－2R 是活化的淋巴细胞膜 IL－2Rα 链的成分，由细胞膜释放血循环形成，其为 45KD 的糖蛋白，是 T 淋巴细胞活化的敏感定量指标，可反映某一组织或体液免疫活性状态。有研究表明 sIL－2R 增高，CD_{25}^{+} 细胞表达增强与过敏性哮喘的气道高反应性密切相关。其机制可能为：致敏原进入机体激活 T 细胞，使其 sIL－2Rα 链基因增强并脱落，进入血循环与 IL－2R 结合，经过一系列的细胞和细胞因子间的相互作用，促进 B 细胞增殖、分化和 IgE 生成增多，参与过敏性哮喘的炎症反应，导致 BHR。哮喘豚鼠血清 sIL－2R 及 BALF 中 sIL－2R 水平均高于正常组，金泰冲剂可降低血清及 BALF 中 sIL－2R水平，反映了 T 淋巴细胞已恢复正常状态，因而减少了由 T 淋巴细胞释放的细胞因子，也减少了受其调节的其他炎性细胞的活化聚集，从而抑制了气道炎症。

③金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型 IL－4 水平的影响。IL－4 在哮喘炎症过程中被认为是起主导作用的因子。哮喘发作时，T 淋巴细胞活化，T 淋巴细胞的激活使其自身及肥大细胞和嗜酸性粒细胞 IL－4 基因表达增强，分泌至血浆的 IL－4 随之增多。IL－4 是 Th_0 细胞向 Th_2 细胞分化的唯一重要的细胞因子。Th_2 细胞因子作用于各种炎症细胞，使之产生和释放各种炎症介质，最终导致过敏性哮喘的产生和发作。哮喘豚鼠血清 IL－4 较正常组水平明显升高，金泰冲剂能有效降低哮喘豚鼠血清 IL－4 的水平。可能说明其可能抑制嗜酸性细胞增殖和分化，降低循环中哮喘炎性细胞的数量，从而降低 IL－4的水平，发挥防治哮喘的作用。

(3)金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型 NO/ET 的调节作用

①金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型一氧化氮(NO)的影响。内源性 NO 在哮喘发作中具有双刃剑特性：局部在一氧化氮合酶(cNOS)作用下产生的生理剂量 NO 具有松弛平滑肌、舒张血管作用，在气道局部起保护作用。而在诱导型一氧化氮合酶(iNOS)作用下产生的大剂量 NO，可扩张气管及肺的血管，使毛细血管的渗透性增加，气道黏膜水肿，加重气道阻塞，而且 NO 与炎症新生成的超氧阴离子 O^{2-} 反应生成 NO 的代谢产物($OONO^-$)释放自由基，损伤气道，进一步加重了炎症反应。NO 尚可选择性抑制 CD_4^-、Th_1 淋巴细胞的分化，从而使 CD_4^-、Th_2 淋巴细胞大量裂殖，释放 IL－4、IL－5，前者促进 IgE 合成，后者加重气道嗜酸性粒细胞浸润，这可能是气道慢性炎症持续存在的机制。金泰冲剂可明显降低哮喘豚鼠血清 NO 水平，推测其可能通过改善 cNOS 功能、抑制 iNOS 活性而发挥效应。

②金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型内皮素(ET)的影响。内皮素(ET)是 1998 年日本学者从猪主动脉内皮细胞分离纯化的一种生物活性肽，由 21 个氨基酸组成。ET 存在于血管内皮细胞和气管、支气管黏膜、肺血管、支气管平滑肌、肺泡上皮中。ET 不仅是已知体内最强烈、持久的缩血管活性物质，而且是强烈的支气管收缩剂。在哮喘模型豚鼠血清中 ET 未见明显变化，而 BALF 中 ET 则明显高于正常

组。可见，金泰冲剂可明显降低哮喘豚鼠血清 ET 水平，从而减缓甚至解除支气管痉挛。

③金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型 NO/ET 平衡的影响。ET 和 NO 分别与哮喘发病有关，在正常情况下，NO/ET 处于平衡状态以维持气道基础张力。ET 和 NO 作为支气管收缩和舒张效应的两种因子，两者失衡在支气管发病中可能起着重要作用。金泰冲剂能够协同地塞米松调整 NO/ET 的平衡，但治疗后各组的 NO/ET 的比值与正常组仍有差异，提示哮喘缓解期 NO/ET 的失衡可能是慢性气道炎症存在的原因之一。金泰冲剂能够降低哮喘发作时 NO 及 ET 的体内水平，并能调整 NO/ET 的失衡。

（4）金泰冲剂对支气管哮喘豚鼠模型皮质醇的影响　通过测定血中皮质醇水平可反映肾上腺皮质功能。哮喘模型组豚鼠及单纯用地塞米松治疗组的血清皮质醇水平均明显降低，说明哮喘发作时存在肾上腺皮质功能的抑制，应用糖皮质激素则更加抑制肾上腺皮质功能。金泰冲剂联合大剂量糖皮质激素组的皮质醇水平也是降低的，而金泰冲剂与小剂量糖皮质激素联合治疗组的皮质醇水平却未见明显降低。这说明：金泰冲剂不能直接提高受抑制的肾上腺皮质功能，但金泰冲剂与小剂量糖皮质激素联合用药可以提高疗效，又可能避免激素大剂量、长期运用，从而减轻机体抗炎功能的减退，对减少哮喘反复发作的次数以及改善对糖皮质激素的依赖有着积极的意义。

四、结语评析

支气管哮喘是临床上常见而较难治的一种反复发作的疾病，属中医“哮证”范畴，祖国医学对其有较深刻的认识，积累了大量宝贵的治疗经验。韩师在中医理论指导下，在中医临床实践中，认识到风、痰、寒、瘀因素在哮喘发病中的重要性，并做了诸多有益的探索。韩师认为只要治疗得法，摄生以恒，哮虽顽也可治。

（朱慧志）

参 考 文 献

[1]张洪春,晁恩祥.疏风解痉法治疗过敏性支气管哮喘的临床研究[J].中国中医急症.1998,7(2):54-58.

[2]吴健卫,赵丽芸,曾灵芝,等.温阳益气护卫汤预防哮喘发作的临床研究[J].中华中医药杂志.2005,2(7):434-436.

[3]许德盛.温阳片防治支气管哮喘远期疗效观察[J].上海中医药杂志,1989,12:4-5.

[4]邵长荣,支气管哮喘辨证用药心法[J].中医文献杂志,1995,2:33-35.

类风湿关节炎从脾论治

一、韩师治类风湿关节炎多从脾论

（一）韩师对类风湿关节炎中医病机认识

类风湿关节炎（简称类风关，RA）病程缠绵，日久难愈，轻则肿痛僵硬，活动受限，重则关节变形，功能丧失，痛苦难耐。韩师认为类风关的中医病机为脾虚湿盛，气血不足，络脉瘀阻。临床呈现虚实夹杂、痰瘀互结的特征，具体表现为：虚证以脾胃虚弱、气血亏虚为主；实证以痰湿壅盛为主。痰瘀痹阻关节经脉贯穿于疾病的始末，其中脾虚在RA的发生、发展过程中起着重要作用：脾气亏虚，运化失常，水液代谢障碍，水湿停聚，郁久成痰，痰湿壅盛，而致关节肿胀，四肢活动不便；脾气亏虚，生化乏源，引起气血不足，卫外不固，易受外邪尤其是湿邪入侵，使该病反复发作，日久难愈；湿性黏滞，湿邪积聚，日久生瘀，瘀阻经络使气血运行不畅而使痰湿停滞兼血瘀；痰瘀互结，阻痹经络、关节，加重瘀血而致关节疼痛、肿胀反复发作，缠绵难愈或关节周围出现结节或瘀斑。由脾虚而致的湿浊壅盛在RA发病中也起很大影响。湿邪常与寒、热夹杂：寒性凝滞，侵犯经脉，使血行迟缓，甚至凝滞不通；热邪循环入血，煎熬血液使血行塞滞成瘀；气虚推动血行无力，则血流不畅，日久成瘀；痰湿日久与瘀血夹杂而致痰瘀互结。

（二）韩师治疗类风湿关节炎临证特点

1. 顾护脾胃，调补后天　韩师认为，脾胃为后天之本，气血生化之源。脾胃虚弱在本病的发生、发展过程中占有重要地位，健脾和胃的治疗方法在补气养血、扶正固本以及抑制某些药物副作用等方面起着重要作用。“四季脾旺不受邪。”脾气充足，邪不易侵。脾司运化，主肌肉。脾胃素虚之人，或因饮食失节，或因劳倦内伤，或外受寒湿之邪等，均可致脾虚湿困，运化失司，气机不利；脾虚则气血生化乏源，肌肉不丰，四肢关节失养；久则气血亏虚，筋骨血脉之间发为风湿痹痛之

证。因此，脾胃功能受损，气血营卫不足是本病病机。临床上除一般的关节局部表现症状如关节肿胀、疼痛以外，还常见气血生化乏源之症状如四肢乏力、肌肉消瘦甚则肢体痿弱不用等，以及脾湿不运、胃失和降的表现如胃脘痞满、食少纳呆、大便溏泄等。

鉴于脾胃虚弱在类风关中所占的重要地位，韩师在本病的活动期针对脾胃运化失司，湿聚为痰，留驻关节之证，常应用急则治标，兼顾本虚的原则，善用健脾燥湿法，配以祛风散寒清热之剂，常用薏苡仁、苍术、半夏、茯苓、陈皮、藿香、佩兰、白术、白及、白芍、木香等，一方面祛除痰湿，一方面保护胃黏膜不受辛烈药物的损伤。在缓解期常偏重于治本，通过调养后天，扶助正气，强壮筋骨，使“邪不可干”，可有效地避免外邪重感与病情加重或反复，以期从根本上巩固疗效，针对本病脾胃虚弱，中气不足，气血亏虚，筋脉失养之特点，善用补益脾胃、益气养血法，常用党参、白术、黄精、玉竹、扁豆、山药、鸡血藤、桂枝、黄芪等，一方面补益气血，一方面补而不腻。

在类风关治疗中不可避免地应用一些活血、破血、通络、止痛之药，这些药物在控制急性发作症状及改善关节功能方面具有独特功效，但却带有一定的毒性，对胃肠道也有一定的刺激性，很多患者常因这些问题不得不中止治疗，直接影响疗效。韩师善用健脾和胃之法则在很大程度上避免和抑制了这些药物的毒副作用，使治疗药物能够发挥最大的治疗效果。

2. 扶助正气，益气养血　韩师认为，类风关虽成因复杂，但究其内在的原因与气血不足所致的营卫失调有直接关系。“正气存内，邪不可干”“风寒湿三气杂至，合而为痹”“邪盛为标，正虚为本”，正气亏虚，邪气得以反复内侵，机体不能及时排出；已患痹证，扶正既可防邪内侵，又可助逐邪外出。

营行脉中，卫行脉外，阴阳相贯，气调血畅，濡养四肢百骸、脏腑经络。营卫和调，卫外御邪，营卫不和，邪气乘虚而入。营卫与气血在生理功能上相互依赖，营卫之气的濡养、调节、卫外固表、抵御外邪的功能，只有在气血充沛，正常循行的前提下才能充分发挥，所以气血不足

是本病发病的内在原因，而由此引起的营卫失调则是本病的直接原因。

正如张仲景在《金匮要略·中风历节病脉证并治》中论述本病时所言："营卫不通，卫不独行，营卫俱微，三焦无所御，四属断绝，身体羸瘦，独足肿大，黄汗出，胫冷发热，便为历节也。"从病因上看，素体气血亏虚，或后天失养，气血两虚，或大病重病之后气血虚弱，或素体虚弱，并劳倦思虑过度，均可导致风、寒之邪乘虚而入，流注筋骨血脉，搏结于关节而发关节痹痛。从病程上看，本病迁延日久，气血日渐衰少，正虚邪恋，肌肤失充，筋骨失养，可致关节疼痛无力，或肢体麻木、肌肉萎缩等。从临床表现上看，气虚可见少气乏力，心悸自汗；血虚可见头晕目眩、面黄少华；舌淡苔薄白，脉细弱也是本病的常见脉象。所以，气血不足不仅是本病致病的重要原因，还是本病中晚期的重要临床表现。本病中晚期除了表现为四肢小关节疼痛肿胀、关节肿大变形和骨质改变以外，常伴有关节肌肉疼痛无力、少气乏力、心悸、头晕、面黄少华等气血亏虚的证候表现。

鉴于气血亏虚在本病的发生、发展过程中所起的重要的作用，故韩师在临床实践中特别注重益气养血，扶正固本。脾为后天之本，气血生化之源，在气血的生成、转运、流动中起着非常重要的作用。脾虚则血无生化之源，气无推动之力，气血不足，营卫失调，卫外功能减弱，风寒湿等外邪容易入侵而为痹，故扶正以补气固表为主，兼以养血活血，使筋脉畅达，常重用黄芪以益气固表，配当归为当归养血汤之意，二药合用，益气补血，正气旺则外邪除；用党参、茯苓、白术、淮山药、薏苡仁、甘草、地黄、川芎、白芍寓八珍汤之意，益气补血以扶正；独活、秦艽、防风祛风湿止痹痛；配以杜仲、牛膝、桑寄生壮筋骨以除痹；细辛、桂枝发散风寒，通经活络。阳气虚佐以桂附，阴血虚助以地芍。诸药合用共奏益气养血、扶正祛邪之功。

3. 祛痰化湿，急则治标　痰湿既是机体在病邪作用下的病理产物，又是机体致病的原因。韩师认为本病的发生、发展是内外合邪而致，内外之间又以正虚为本，正虚则以脾虚为先，脾虚湿盛，痰浊内生

是本病发病的关键所在，是致病的基础；在此基础上外邪得以肆虐，又以湿邪作祟为主。内因脾虚，外感湿邪，虚实夹杂，正虚为本是本病临床痰湿痹阻的基本特点。故每逢天阴雨季，潮湿寒冷等阴盛之时，患者病情多有反复；痰湿阻滞关节，则关节肿胀；痰湿瘀滞经脉，则关节肿大变形；痰湿郁于皮肤，则肢体困重，四肢浮肿；湿阻中焦，则胃呆纳少，呕恶痞满，舌苔厚腻。

湿为阴邪，其性黏滞、重着，不但单独作祟，而且极易与其他外邪如风、寒、热邪合而为病，使本病的临床表现变得复杂，临床当首辨寒热，对症下药方能取效。

痰湿如与风邪相合，则出现风湿痹阻证，临床表现为肢体关节或肌肉疼痛、重着、游走不定，或关节有肿胀，随天气变化而作，恶风不欲去衣被，汗出，头痛，发热，肌肤麻木不仁，肢体沉重，小便不利，舌质淡红，舌苔薄白或腻，脉浮缓或濡缓。治疗应祛风除湿，通络止痛。常以羌活祛上部风湿，独活祛下部风湿，两者相合能散周身风湿，舒利关节而通痹；用防风、白芷、藁本祛风止痛，祛肌表风湿；用川芎活血祛风止痛，合蔓荆子升散在上的风湿而止头痛。

痰湿如与寒邪相合，则出现寒湿痹阻证，临床表现为肢体关节冷痛重着，痛有定处，屈伸不利，昼轻夜重，遇寒痛剧，得热痛减，或痛处肿胀，舌质胖淡，舌苔白腻，脉弦紧或沉紧。治疗应温经散寒，祛湿通络。常用附子、肉桂、细辛温经通阳，散寒祛湿，通络止痛；用党参、白术、茯苓益气健脾渗湿；而且参附合用，温补元阳，以祛寒湿；用羌活、独活、威灵仙、片姜黄温经通络、散寒除湿。

痰湿如与热邪相合，则出现湿热痹阻证，临床表现为关节或局部红肿、疼痛、重着，触之灼热或有热感，口渴不欲饮，烦闷不安，溲黄，或有发热，舌质红，苔黄腻，脉濡数或滑数。治疗应清热除湿，宣痹通络。常用知母、石膏、黄柏、苍术清热燥湿；萆薢、防己清热利湿，通络止痛；防风、威灵仙、桑枝、蚕沙、地龙祛风通络；忍冬藤、连翘、秦艽清热解毒通络。

4. 通经活络，透达关窍　韩师认为，类风关大多为慢性进行过程，

疾病既久，则病邪由表入里，由轻而重，病久则瘀血阻滞，经络痹阻，以致病情缠绵难愈，关节肿大变形，疼痛加剧，皮下结节，肢体麻木。瘀血往往与痰湿、热邪互结而形成痰瘀痹阻证和瘀热痹阻证。

单纯的瘀血痹阻证，临床常见肌肉或关节刺痛，部位固定不移。痛处拒按，日轻夜重，局部肿胀或有硬结、瘀斑，面色黧黑，肌肤甲错或干燥无光泽，口干不欲饮，舌质紫暗或有瘀斑，舌下静脉迂曲、延长，舌苔薄白，脉细涩。治疗应活血化瘀，舒筋通络。常用桃仁、红花、当归、川芎活血祛瘀；牛膝、地龙、蜈蚣疏通经络以利关节；牛膝、丹参、乳香、没药破瘀通络，活血止痛。

痰瘀痹阻证，临床常见肢体关节肌肉疼痛，关节常为刺痛，痛处不移，甚至关节变形，屈伸不利或僵硬，关节、肌肤色紫暗，肿胀、按之稍硬，有痰核硬结或瘀斑，舌下静脉迂曲、延长，舌苔白腻，脉沉涩。治疗应活血行瘀，化痰通络。常用蜈蚣、乌梢蛇、炮穿山甲、土鳖虫等破血散瘀，搜风通络，法半夏、茯苓、制南星、陈皮等燥湿化痰，五灵脂、没药、地龙、香附祛瘀通络、理气活血。

若痰热痹阻，则临床常见关节肿胀，疼痛呈针刺状、部位固定，肌肤呈暗红色斑疹，手足瘀点累累，两手白紫相见，两腿网状青斑，口舌生疮，舌下静脉迂曲、延长、脉涩数，治疗应清热凉血、活血散瘀，常用石膏、生地黄、熟地黄、麦冬、知母以滋阴清热降火；牛膝通脉并引火下行，桃仁、红花、蜈蚣、地龙活血化瘀通络。

5.韩师治疗类风湿关节炎代表方剂　依据类风关从脾论治的原则，韩师提出“健脾益气化湿通络”的治疗方法，创立了中药制剂“新风胶囊”。新风胶囊具有健脾益气、化湿通络功效，由薏苡仁、黄芪、蜈蚣等药组成。

方中重用薏苡仁为君药，健脾利湿、舒筋除痹。《本经》：“主筋急拘挛，不可屈伸，风湿痹，下气。”《别录》：“除筋骨邪气不仁，利肠胃，消水肿，令人能食。”《本草经疏》：“薏苡仁，性燥能除湿，味甘能入脾补脾，兼淡能渗泄，故主筋急拘挛不可屈伸及风湿痹，除筋骨邪气不仁，利肠胃，消水肿，令人能食。总之，湿邪去则脾胃安，脾胃安则中焦治，

中焦治则能荣养乎四肢，而通利乎血脉也。甘以益脾，燥以除湿，脾实则肿消，脾强则能食，如是，则以上诸疾不求其愈而自愈矣。"《本草正》："薏苡，味甘淡，气微凉，性微降而渗，故能去湿利水，以其去湿，故能利关节，除脚气，治痿弱拘挛湿痹，消水肿疼痛。"《本草新编》："薏苡仁最善利水，不至于损耗真阴之气，凡湿盛在下身者，最宜用之，视病之轻重，准用药之多寡，则阴阳不伤，而湿病易去。故凡遇水湿之症，用薏仁一、二两为君，而佐之健脾去湿之味，未有不速于奏效者也，倘薄其气味之平和而轻用之，无益也。"《金匮要略》中所载："治病者一身尽疼，发热，日晡所剧者，名风湿，此病伤于汗出当风，或久伤取冷所致。可用：麻黄(去节)半两(汤泡)，甘草一两(炙)，薏苡仁半两，杏仁十个(去皮、尖，炒)。上锉麻豆大，每服四钱，水一盏半，煮八分，去滓温服，有微汗避风。"治风湿痹气，肢体痿痹，腰脊酸疼。可用：薏苡仁一斤，真桑寄生、当归身、川续断、苍术(米泔水浸炒)各四两。分作十六剂，水煎服(《广济方》)。治久风湿痹，补正气，利肠胃，消水肿，除胸中邪气，治筋脉拘挛；可选薏苡仁为末，同粳米煮粥，日日食之(《本草纲目》薏苡仁粥)。去风湿，强筋骨，健脾胃。可用：薏苡仁粉，同曲米酿酒，或袋盛煮酒饮之(《本草纲目》薏苡仁酒)。

现代药理学研究证实，薏苡仁可以缓解关节肌肉的挛缩疼痛，无论寒证、热证都可应用。薏苡仁的水提物对模型小鼠有镇痛作用，薏苡仁的浸出物能抑制人中性粒细胞产生活性氧，并可以显著地抑制中性粒细胞、淋巴细胞膜的甲基转移酶、磷脂酶 A_2 和前列腺素 E_2 的分泌。

黄芪为臣药，益气健脾、补中固表。《得配本草》："黄芪补气，而气有内外之分，气之卫于脉外者，在内之卫气也；气之行于肌表者，在外之卫气也。肌表之气，补宜黄芪，五内之气，补宜人参。若内气虚乏，用黄芪升提于表，外气日见有余，而内气愈使不足，久之血无所摄，营气亦觉消散，虚损之所以由补而成也。故内外虚气之治，各有其道。"《本草正义》："黄耆，补益中土，温养脾胃，凡中气不振，脾土虚弱，清气下陷者最宜。其皮直达人之肤表肌肉，固护卫阳，充实表分，是其专

长，所以表虚诸病，最为神剂。”《本草汇言》：“黄耆，补肺健脾，实卫敛汗，驱风运毒之药也。故阳虚之人，自汗频来，乃表虚而腠理不密也，黄耆可以实卫而敛汗；伤寒之证，行发表而邪汗不出，乃里虚而正气内乏也，黄耆可以济津以助汗；贼风之疴，偏中血脉，而手足不随者，黄耆可以荣筋骨。”治风湿脉浮，身重，汗出恶风者，可选：防己一两，甘草半两（炒），白术七钱半，黄耆一两一分（去芦）。目锉麻豆大，每抄五钱匕，生姜四片，大枣一枚，水盏半，煎八分，去滓温服，良久再服（《金匮要略》防己黄耆汤）。治血痹，阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状，可选：黄耆三两，芍药三两，桂枝三两，生姜六两，大枣十二枚。上五味，以水六升，煮取二升，温服七合，日三服（《金匮要略》黄耆桂枝五物汤）。

现代药理学研究证实，黄芪具有良好的调节免疫作用，能够促进巨噬细胞的吞噬功能，诱生内源性干扰素，促进淋巴母细胞转化，增强网状内皮细胞的吞噬功能，发挥机体的防御功能，对免疫抑制剂造成的免疫功能低下有明显的保护作用，能明显对抗组胺和 5-羟色胺引起的大鼠毛细血管通透性增加，抑制角叉菜胶引起的大鼠足跖肿胀，且有持久的镇痛、清除关节积液、肿胀的作用。黄芪总苷具有明显的抗炎作用，其机制与其降低血管通透性和抑制白细胞游出、降低 PLA_2 活性，减少 IL-8、PGE_2、NO 等炎症介质的产生及抑制氧自由基生成有关。

蜈蚣为臣药，祛风止痉、通络止痛、攻毒散结，可以通过改善微循环，促进病变部位的新陈代谢而起到良好的镇痛作用。蜈蚣的水提物对巴豆油引起小鼠耳部炎症的抑制率达 86.5%，对大鼠琼脂性关节炎有明显的抑制作用。蜈蚣能改善微循环，延长凝血时间，降低血细胞比容，降低血黏度；增加微血管开放数，增大微血管口径；具有明显的抗炎镇痛作用，并能升高脾脏指数。

综上所述，新风胶囊以中医药整体调节为基本原则，可获健脾益气、化湿通络之综合效用，充分体现中医标本兼治、辨证与辨病相结合及整体治疗的特点，全方切中“正虚邪实”的基本病机，既非一味祛邪，

又非盲目补虚，而是两者兼顾，扶正祛邪；并且根据现代药理学研究成果，选用了既能抗风湿，又能调节免疫；既能舒筋通络，又能清利湿浊的中草药组成复方，不但能充分发挥综合作用，而且能有效地抑制某些药物的毒副作用，这既符合祖国医学的“标本同治”理论，也与其现代医学发病机制相符合。

二、类风湿关节炎从脾论治的理论依据

类风湿关节炎是一种病因未明，以关节炎症为主的慢性反复发作的全身性疾病。根据其临床表现，属中医学痹证范畴。中医认为类风湿关节炎是以虚实夹杂为主要表现的慢性虚损性疾病，历代医家对其病因、病机、症状、治疗方法、预后等均有阐述，形成了较为完整的理论体系。《内经》不仅是春秋战国时期具有里程碑性的医学典籍，而且为包括类风湿关节炎在内的痹病类疾病奠定了基本理论基础，并单列了两篇有关的“痹证”专论——《痹论》和《周痹》。最早提出了风寒湿邪与机体“内外相合”致痹的观点，如“风、寒、湿三气杂至合而为痹也”“逆其气则病，从其气则愈，不与风寒湿气合，故不为痹”“阴气少，阳气多，故为病热；阳气少，阴气多，故为病寒”等，指出痹证的发生除了感受风寒湿外邪的侵袭外，还可由于机体内部脏腑经络阴阳失调逆乱，“两气相感”而生病，强调先由脏腑内伤，阴阳失调以及营卫不和，然后风、寒、湿邪乘虚内侵而致病，历代医家对此病的病机也有较多的论述。

（一）痹证古代相关论治概况

1. 脾胃虚弱，湿浊内生　中医学很注重脾胃在痹证发病中的作用，认为脾胃虚弱，饮食失调，起居失常，可致气血不足，卫外不能，或痰湿内生，湿浊为患，复感外邪而致痹，如《素问·痹论》指出：“饮食居处为其病本。”《素问·四时刺逆从论》说：“太阳有余，病肉痹、寒中。”《素问·痹论》说：“脾痹者，四肢懈惰，发咳呕汁，上为大寒”“淫气肌绝，痹聚在脾。”《素问·痹论》说：“肠痹者，数饮而出不得，中气喘争，时发飧泄。”《素问·脉要精微论》说：“胃脉软而散者，当病食痹。”《素

问·至真要大论》说："厥阴之要，甚则入脾，食痹而吐。"明代医家汪蕴谷在《杂症会心录·痹论》中强调补脾土的重要性："况痹者闭也，乃脉络涩而少宣通之机，气血凝而少流动之势，治法非投水益阴，则益补气升阳；非急急于就肝肾，则惓惓于补脾土，斯病退而根本不遥也，倘泥于三气杂至，为必不可留之邪，而且从事于攻伐，则体实者安，而体虚者危矣。"

《难经》曰："四季脾旺不受邪。"脾气充足，邪不易侵，脾胃素虚之人，或因饮食失节，或因劳倦内伤，或外受寒湿之邪，均可导致脾胃虚弱，运化失司，痰浊内生，气机不利；脾虚还可使气血生化乏源，肌肉不丰，四肢关节失养；久则气血亏虚，筋骨血脉失去调养，营卫失于调和，风寒湿热之邪乘虚而入，着于筋脉则发风湿痹病，故脾胃虚弱，气血亏虚，痰浊内生是本病的重要病机。

2.气血不足，营卫失调　中医学认为气血不足，营卫失调可致免疫功能失调和贫血。《内经·灵枢》在论述痹证的发病机制时指出："血气皆少，感于寒湿，则善痹骨痛""血气皆少……善瘘厥足痹""粗里肉不坚，善病痹。"这些皆说明气血不足，体质虚弱致皮肉不坚而病痹。

营行脉中，卫行脉外，阴阳相贯，气调血畅，濡养四肢百骸、经络关节。营卫和调，卫外御邪，营卫不和邪气乘虚而入。营卫之气的濡养、调节、卫外固表、抵御外邪的功能只有在气血充沛，正常循行的前提下才能充分发挥作用，所以气血不足、营卫不和不但是本病的重要内因，而且是病情发展变化的主要机制。从病因上看，素体气血亏虚，或后天失养气血两虚，或大病重病之后气血虚弱，或素体虚弱，并劳倦思虑过度，均可导致风寒湿热之外邪乘虚而入，流注筋骨血脉，搏结于关节而发生关节痹痛。所以，风寒湿热之邪只是本病发生的外部条件或因素，而气血不足，营卫失调才是本病的内因或根本因素。从病程上看，本病迁延日久，耗伤正气，气血亏虚，正虚邪恋，肌肤失养，筋骨失充，后期可致关节疼痛无力，或肢体麻木、形体消瘦、肌肉萎缩等。

3.痰瘀互结，脉络阻滞　中医学在论述痹病时虽未使用"瘀血"的术语，但一个"痹"字将其含义昭然若揭。痹，是闭阻不通之意。当人

体脏腑或肌表经络受外邪侵袭，气血痹阻不能畅通，功能障碍而发生病变时，均可发为痹病。《灵枢·周痹》指出："此各在其处，更发更止，更居更起，以右应左，以左应右……更发更休也。"说明风、寒、湿、热之邪侵入血脉中，随血脉流窜，阻碍津液气血的运行，使经脉瘀阻。在此基础上，后世医家对痹证的瘀血阻滞颇为重视，王清任在《医林改错》中认为"……总逐风寒去湿热，已凝之血，多不能活……用身痛逐瘀汤。"叶天士在《临证指南医案》中提出"久病入络"说——"风寒湿三气合而为痹，经年累月，外邪留著，气血俱伤，其化为败瘀凝痰，混处经络，经用虫类搜剔，以动药使血无凝著，气可宣通。"

金元时期滋阴派代表医家朱丹溪在《丹溪心法·痛风》中指出"湿痰浊血流注"可致痛风，在治疗用药方面特别注重气血痰郁，多以祛湿除痰，疏通气血的药物为主。虞抟的《医学正传》中宗朱氏之说，指出："治以辛温，监以辛凉，流散寒湿，开通郁结，使气行血和。"

瘀血与痰浊既是机体在病邪作用下的病理产物，又是机体进一步病变的致病因素。本病内外合邪而发病，正虚为本，邪实为标；正虚以脾虚为先，脾虚湿盛，痰浊内生是病的基础。在此基础上外邪肆虐，邪实以湿邪为主，痰湿阻滞关节，则关节肿胀；痰湿瘀滞经脉，则关节肿大变形；痰湿郁于皮肤，则肢体困重，四肢浮肿。痰病日久，则病邪由表入里，由轻而重，四肢浮肿。痰病即久，则病邪由表入里，由轻而重，则瘀血阻滞，经络痹阻，痰浊与瘀血互结，以致病情缠绵难愈，关节肿大、变形僵硬，皮下结节，肢体麻木，病处固定而拒按，日轻夜重，局部肿胀或有硬结、瘀斑，面色黧黑，肌肤甲错或干燥无光泽，口干不欲饮，舌质紫暗或有瘀斑，舌下静脉迂曲、延长、脉细涩等。

（二）痹证现代相关论治流派

现代中医专家从以上病机出发进行综合治疗也取得良效。

谢海洲认为本病是正虚与外邪双重作用的结果，但正虚是病本，是发病的关键。正虚的突出表现为脾胃虚弱，并多夹湿，湿之由在脾胃；多夹风，风之源在血虚；多夹瘀，瘀之因多气虚；气血之源又在脾胃，病变的主要部位为四肢关节，而其又为脾和阳明经所主，故治疗上

特别注重健脾运湿，益气养血。朱良春认为本病为风寒湿邪乘虚，袭踞经隧，正气为邪所阻，壅塞络脉，留滞于内，胶着不去，凝涩不通，邪正混淆，如油入面，草本之品很难驱除，必借“虫类搜剔”之性，庶克奏功，并深入探讨了多种虫类药的特性和不同的适应证。黄宗勖认为本病发作每与劳累、耗伤中气或新产气血虚弱有关；风寒湿三气杂至合而成痹者，风邪易宣易疏、寒邪易散易祛，三寇之中，湿为寇首，无湿则风寒之邪难于入里久居；本病历时长，易反复，缠绵难愈，久病则必损脾胃，且治疗中多用虫类、祛风胜湿藤蔓类，对脾胃甚不利，久服则脘腹不适、纳呆，甚则胃脘疼痛。健脾益胃药物既能顾护中土，又能祛除湿邪，化生气血，可谓一举而多得，故提出健脾益胃法应贯穿本病治疗的始终。

三、韩师治痹方新风胶囊的拓展研究

（一）新风胶囊临床研究

研究表明，新风胶囊虽然在总有效率、改善关节症状及部分实验室指标方面与雷公藤多苷片作用相似，但在改善全身整体症状、脾虚湿盛、瘀血症状、调节 T 细胞亚群 OKT_4/OKT_8，调整抗炎因子与致炎因子平衡及降低血管内皮生长因子（VEGF）方面显著优于雷公藤；而且新风胶囊治疗组药物不良反应（如腹胀、食欲减退、腹泻）的发生率显著低于对照组，提示新风胶囊治疗 RA 的综合作用优于雷公藤。

新风胶囊具有明显的止痛、消肿作用，能减少 RA 患者疼痛关节数、降低疼痛程度、消除关节肿胀或晨僵等，并且能降低血沉（ESR）、C 反应蛋白（CRP）和风湿因子（RF），说明其具有抗炎作用。但新风胶囊的抗炎与雷公藤的抗炎的作用机制是不同的，雷公藤是通过抑制免疫反应而产生抗炎作用，并且抑制关节肿胀、毛细血管通透性；而新风胶囊除具有上述作用以外，组方中黄芪能诱生内源性干扰素，提高机体的防御功能，并具有持久镇痛、消肿作用；薏苡仁有镇痛作用，而且适用于寒证和热证；蜈蚣能够改善微循环并具有明显的抗炎、镇痛作用。所以黄芪提高了细胞免疫功能，增强了机体抵抗力，并能保护

胃黏膜，在与蜈蚣、薏苡仁一起发挥镇痛、消肿作用的同时，也改善了机体的整体功能，防止了胃肠道反应等毒副反应的出现。新风胶囊是通过免疫调节而发挥其抗炎作用从而消肿止痛的，故其在改善RA的整体功能，减少药物副作用方面优于单纯雷公藤。

新风胶囊能使OKT_4/OKT_8维持在正常的水平（1.2～2.0）；并能下调致炎因子IL－1、TNF－α，上调抗炎因子IL－4、IL－10，从而保持细胞因子网络的平衡。这些作用综合调节T细胞免疫反应，减少了免疫球蛋白、类风湿因子的产生和免疫复合物的形成，减少了细胞活性物质在滑膜的沉积，从而缓解了RA患者的关节肿胀、晨僵、疼痛等症状。雷公藤多苷片虽然也能缓解上述症状、体征，但其不具备新风胶囊免疫调节的综合作用，故在维持OKT_4/OKT_8及细胞因子网络平衡方面的作用不及新风胶囊。

新风胶囊在改善RA关节疼痛、肿胀、显著降低RF、CRP，下调IL－1、TNF－α，上调IL－4、IL－10的同时，能显著降低血清VEGF的含量，这可能既与上述的细胞因子可直接或间接调控VEGF有关，又与新风胶囊直接降低VEGF有关。提示新风胶囊不仅能抗炎，调节免疫，而且能够抑制血管增生，降低血管通透性，这可能是新风胶囊止痛、消肿的机制之一。

（二）新风胶囊实验研究

1. 免疫抗炎及维持免疫功能的平衡　研究认为类风湿关节炎的发病是由于具有人类白细胞抗原（$HLA-DR_4$）和人类白细胞抗原（$HLA-DW_4$）者，对外界环境条件、病毒、细菌等的刺激具有较高的敏感性，当上述因素侵袭机体时，激活T细胞并释放一系列免疫介质，发生异常免疫反应，产生大量免疫球蛋白和类风湿因子，从而导致免疫复合物形成并沉积在滑膜组织上，使滑膜表面和关节软骨受损。脾脏是人体最大的淋巴器官，是多种免疫细胞居住、增殖并进行免疫应答及产生免疫效应的重要基地，脾脏中B淋巴细胞占60%，T细胞占40%。T细胞具有识别抗原、杀伤靶细胞、免疫应答和免疫调节功能，B细胞则有抗原提呈和免疫调节功能，胸腺是诱导T细胞分化、

成熟的主要器官，并能生成胸腺激素，形成对自身抗原耐受性，胸腺异常的动物表现为对自身抗原耐受发生障碍，可能导致自身免疫或自身免疫病。由胸腺产生的T细胞具有识别抗原、杀伤靶细胞、免疫应答和免疫调节功能，所以胸腺、脾脏超微结构变化引起体内免疫调节功能失衡在RA发病中具有重要意义。

实验研究表明，模型大鼠不仅表现出滑膜细胞线粒体病变率升高，且脾脏、胸腺及胃黏膜细胞的线粒体病变率也升高，体重下降，并有死亡，这既与类风关的临床表现相一致（除关节病变以外，尚存在胸腺、脾脏及胃肠道病变），也为类风关是一全身性自身免疫性疾病提供了形态学依据。以往的研究表明，脾虚证大鼠除表现为胃肠道功能及形态病变以外，免疫器官也随之受累，主要表现为淋巴细胞转化率降低，脾脏和胸腺细胞线粒体病变率升高，而佐剂性关节炎模型大鼠的病变过程也同时有脾气亏虚、湿浊壅盛的表现（即足跖肿胀），故可以认为佐剂性关节炎模型大鼠的表现类似于脾虚湿盛的病变特征。因此，佐剂性关节炎模型大鼠足跖关节肿胀和脾脏、胸腺及胃黏膜的病变也是具有健脾化湿通络作用的新风胶囊的适应证。实验结果也证实了这一点，即新风胶囊不仅能改善佐剂性关节炎模型大鼠的足跖肿胀和滑膜细胞病变，同时能改善脾脏、胸腺及胃黏膜的病变，且新风胶囊的作用明显优于雷公藤。

新风胶囊通过恢复或维持脾脏、胸腺正常的结构和功能而调节细胞免疫反应，进而减少免疫球蛋白、类风湿因子的产生和免疫复合物的形成，减少细胞活性物质在滑膜的沉积；加上改善微循环，促进局部供血供氧，使关节肿胀得以改善；同时，由于黄芪可提高细胞免疫功能，增强机体抵抗力，故新风胶囊在改善佐剂性关节炎大鼠整体功能方面较单纯使用雷公藤为好。所以，保护免疫器官，调节免疫功能，改善微循环，是新风胶囊对佐剂性关节炎大鼠综合疗效的作用机制。

2. 调节细胞因子平衡，降低血管通透性　在类风湿关节炎的发病过程中，细胞因子网络的失调占有重要的地位，其中IL-1和TNF-α在RA中主要参与以下病理过程：①激活血管内皮细胞，增强内皮

细胞黏附分子的表达，在患上关节炎时，血液中的白细胞正是通过与黏附分子相互作用被汇集到关节腔；②刺激结缔组织细胞和多形核细胞产生前列腺素等小分子炎性递质；③通过刺激滑膜细胞和软骨细胞，破坏骨细胞，并产生胶原酶和其他中性蛋白酶，释放骨钙等，导致骨和软骨的破坏。IL-4是由活化的Th_2细胞产生的一种细胞因子，在RA中的作用主要表现为：①促进巨噬细胞黏附到血管内皮细胞上，然后逸出血管，沿趋化梯度移动到炎症部位；②抑制巨噬细胞分泌IL-6和TNF，促进IL-1受体拮抗剂的产生，从而对抗IL-1的作用。③通过促进Th_2细胞扩增，抑制Th_1细胞介导的免疫应答，从而抑制RA患者体内异常的免疫反应。IL-10是细胞因子合成的抑制因子。IL-10能抑制人单核细胞、中性粒细胞等产生细胞因子；还能改善佐剂性关节炎模型大鼠的病情，降低血清及关节液内炎性细胞因子含量，明显抑制免疫细胞炎性细胞因子的产生，发挥抗炎作用；正向调节具有抗炎性递质作用的IL-1R，并与其呈现协同作用。

研究表明，VEGF也是促进类风关发展的一个重要因子。VEGF通过其受体特异性地作用于血管内皮细胞，可以促进血管内皮细胞的增生，从而促进新生血管的形成；能明显提高血管通透性，促进炎症，尤其是慢性炎症的形成和发展。有研究证实，大鼠实验性关节炎模型关节滑膜早期有较高水平的VEGF表达，其表达水平与大鼠关节炎积分具有明显的相关性，所以VEGF是RA早期发病过程中的重要信号分子。它通过促进血管增生，增加血管通透性，加速了滑膜血管翳的形成；另外，它可能与其他的炎症因子形成复杂的信号网络，共同促进慢性炎症的形成和发展。

实验研究显示，佐剂性关节炎模型大鼠血清IL-1、TNF-α含量升高，IL-4、IL-10含量下降，VEGF含量升高，这些结果与有关报道相同。说明佐剂性关节炎模型大鼠既存在细胞因子的平衡失调，又伴有血管内皮细胞增生，通透性增加。经治疗后，随着关节炎指数的改善，IL-1、TNF-α及VEGF下降，IL-4、IL-10上升，说明新风胶囊通过调节细胞因子网络而起到改善佐剂性关节炎模型大鼠关节病

变的作用。环磷酰胺(MTX)和雷公滕多苷片(TPT)是目前较为公认治疗类风关的药物,新风胶囊不但具有与 MTX、TPT 同样的抗炎作用,而且在改善佐剂性关节炎模型大鼠整体功能方面优于 MTX 和 TPT。

新风胶囊可以下调 IL-1、TNF-α、VEGF,上调 IL-4、IL-10,从而抑制了细胞因子的促炎效应,增强了细胞因子的抗炎效应和降低血管通透性、抑制毛细血管增生,这可能是该药降低关节炎指数、消除肿胀的机制之一。

3. 恢复滑膜、胸腺有序的细胞凋亡　类风关是一种自身免疫病,由胸腺产生的 T 细胞具有识别抗原、杀伤靶细胞、免疫应答和免疫调节功能,在 RA 的发病中起重要作用。T 细胞在胸腺内发育过程中通过凋亡进行克隆清除,绝大多数胸腺细胞通过凋亡而消失,仅少部分发育成熟,对机体免疫应答系统的建立十分重要。如 T 细胞凋亡受到干扰而不能彻底清除,该部分细胞发育成熟后进入外周循环,则不能正确识别自身与异己成分而产生自身免疫反应。

研究结果显示,模型组胸腺 Bcl-2 表达显著增强,胸腺细胞凋亡率显著低于正常对照组,说明佐剂性关节炎模型大鼠胸腺淋巴细胞凋亡受到干扰,引起淋巴细胞凋亡减少。类风关的发病与自身反应淋巴细胞异常有关,正常人体内存在极少量自身反应 T、B 淋巴细胞,但并不发病,只有当这些自身反应性 T、B 淋巴细胞的凋亡发生异常,出现增生,才会诱发自身免疫性疾病。佐剂性关节炎模型大鼠的病变除与滑膜细胞凋亡有关外,还可能与胸腺淋巴细胞凋亡不足而诱发自身免疫反应有关。经过具有健脾化湿通络作用的新风胶囊治疗后,胸腺 FasL 的表达显著增强,Bcl-2 的表达显著减少,胸腺淋巴细胞凋亡率显著升高,从而减少了进入外周循环的淋巴细胞数,相应地减少了自身反应淋巴细胞数量,进而抑制了自身免疫反应。TPT 和 MTX 虽也能不同程度地升高胸腺淋巴细胞凋亡率,但作用不如新风胶囊,进而说明具有健脾化湿通络作用的复方新风胶囊对胸腺细胞凋亡的作用优于 TPT 和 MTX。提示:新风胶囊不仅能促进滑膜细胞凋亡,抑

制滑膜细胞增生；而且能促进胸腺细胞凋亡，抑制自身免疫反应，减少免疫复合物的形成和细胞活性物质在滑膜的沉积，这可能就是该药降低 AI、消除关节肿胀的机制之一。

四、结语评析

纵观近年来中医药治疗类风湿关节炎的现状，可以看出，在临床上主要采取扶正祛邪的方法进行治疗。韩师在长期的临床实践中，对本病的诊治不断总结完善，提出类风湿关节炎的中医综合治疗方法，即扶正气——益气养血固本为先；护脾胃——调补后天，生化有源；祛痰湿——清除外邪，急则治标；通经络——搜风解毒，透达关窍，从而形成了具有自身特点的用药治疗方法，并取得了良好的临床疗效。

（刘　健　朱慧志）

论治骨质疏松症重在阳虚、气虚、血瘀

一、韩师治疗骨质疏松多从阳虚、气虚、血瘀论治

（一）韩师对骨质疏松中医病机认识

韩师在研究古今文献和继承古今医家经验的基础上，对老年性骨质疏松症患者进行了前瞻性、系统性的中医证候学研究，制定了骨质疏松症的中医证候辨证诊断量表，进行了老年性骨质疏松症患者证候发生、组合及演变规律的临床研究，提出了“阳虚、气虚、血瘀”是老年性骨质疏松症的主要病机，即老年患者，形气虚衰，脉络瘀滞，久病及肾、久病多瘀，故而多虚多瘀是其基本病理特点。而骨质疏松症血瘀的产生原因主要是因虚致瘀，尤其与年老肾衰的关系密切。肾虚元气不足，血液运行无力，虚而成滞；肾阳不足，不能温养血脉，寒而血凝；肾阴不足，虚火炼液，热煎血瘀。瘀则不通，不通则痛，精微不布，骨失所养，而见疼痛痿软诸症。肾虚是基础，瘀血是在肾虚的前提下产生的重要病理产物，两者共同作用加速了骨质疏松的发生。现代医学研究认为，血瘀的病理基础是微循环障碍、血液流变学改变，血液动力学障碍等，血瘀可造成骨小梁内微循环的障碍，使骨细胞微环境发生改变，骨形成不良，最后导致骨质疏松。

（二）韩师临证治疗骨质疏松特点

1. 肾为性命之根，与骨质疏松的关系最为密切　中医学“肾主骨”理论来源于长期的临床实践，属于中医整体观念的范畴。现代医学有很多学者从解剖、生理、病理、实验室等方面研究，认为肾的功能包括了内分泌系统、生殖系统等功能，中医所说的肾，与解剖学上的肾有一定关系。“肾主骨”即指肾与骨的生理、病理有密切关系。《素问·六节脏象论》说：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也……其华在发，其充在骨。”《素问·上古天真论》突出地反映了肾的精气在人体生长、发育和生殖功能方面的作用。在病理方面，生长发育和生殖能力

的异常多与肾脏有关，如某些不孕症以及小儿发育迟缓、筋骨痿软等症。《内经》提出的“肾主骨”学说的主要理论是认为肾所藏肾精可以生化骨髓，骨髓可以滋养骨骼。肾藏精，主骨生髓，肾为先天之本。肾虚是骨质疏松症发生的根本原因。肾中精气之充盈，则骨髓生化有源，骨才能得到骨髓的滋养，才能强健有力。老年人由于年老体衰，加之“天癸”绝，肾精虚少，骨健化源不足，不能营养骨骼而致骨髓空虚，骨质疏松症就必然发生。《素问・上古天真论》说：“女子七岁，肾气盛，齿更，发长；二七而天癸至……四七，筋骨坚，发长极，身体盛壮……七七，任脉虚，天癸竭，地道不通。丈夫八岁，肾气实；二八，肾气盛，天癸至……四八，筋骨隆盛；八八，则齿去完。”近年来国内学者对骨矿含量的研究发现：随着年龄的阶段性变化人体骨矿含量的变化规律与《内经》中所载肾中精气盛衰的变化规律有着惊人的一致。有研究发现随着年龄的增长，肾虚证的发生率逐渐升高，人体骨骼中骨矿含量却逐渐减少，肾的盛衰和骨矿含量密切相关。这充分说明早在两千多年前祖国医学有关“肾藏精，主骨生髓”的理论是正确的、科学的。

现代医学研究还表明，肾虚者有下丘脑-垂体-性腺轴功能的减退，性激素水平下降，仅单位体积内骨组织含量减少而发生骨质疏松，而某些补肾中药可抑制或纠正下丘脑-垂体-性腺轴功能减退的发生，延缓衰老过程，可见，骨质疏松症与中医肾虚是相吻合的。

2. 根据“治痿独取阳明”理论，建立脾虚证证型　《灵枢・根结篇》：“痿疾者取之阳明。”《素问・痿论篇》提出：“治痿独取阳明。”说明人们早在《内经》时代就已认识到痿病（含骨痿）与脾胃的重要关系。近年来，诸多医家又提出在补肾的基础上，重视健脾养胃法的运用。通过动物实验，采用骨组织形态计量法探讨该治疗的效果及机制，证明有显效。临床每见关节肿胀，肌瘦乏力，四肢不温，神疲体倦，少气懒言，乏力自汗，纳少，腹胀，面色萎黄，舌淡苔白，脉缓弱，多以脾虚证而论治，每每获验。临证多以参苓白术散加减，脾为百骸之母，脾主运化、升清，而布散精微，脾为后天之本。脾虚是骨质疏松症发生的重要因素。《素问・生气通天论》：“是故谨和五味，则骨正筋柔，气血以流，

腠理以密，如是则骨气以精，谨道如法，长有天命。”说明饮食五味影响骨的生长，同时与脾胃功能关系密切。

脾为后天之本，生化之源，主百骸，化生气血精液，以荣养润泽骨骼。先天之精也，有赖后天之脾胃水谷精微的不断充养。脾胃虚损，则化源不振，精微不能四布，使道空虚。脾胃为气机升降之枢纽，健运斡旋，交通上下，溉濡四旁，从而维持气、血、精、津的相互转化。若脾胃功能衰惫，气化失司，枢机滞塞，血不化精，则骨骼因精虚不能灌溉，气血不能充养，无以生髓养骨，而致骨质疏松症的发生。近年来，有不少学者在临证中认识到脾胃在此证中具有重要作用，故而主张在补肾调节阴阳的同时，也要注意对后天脾胃的调理。现代医学研究发现，维生素 D 与骨质疏松症的发生有密切关系。维生素 D 的来源途径之一是小肠的吸收，经过肝肾的转化最终成为具有活性的 $1,25-(OH)_2D_3$。$1,25-(OH)_2D_3$ 是促进肠道 Ca^{2+} 吸收的唯一激素。当血浆 $1,25-(OH)_2D_3$ 水平降低或者肠道对 $1,25-(OH)_2D_3$ 的敏感性减弱时，肠道 Ca^{2+} 吸收将会下降，而肠道 Ca^{2+} 吸收不良是骨质疏松症重要的发病原因之一。临床上辨为脾虚证后，给以健脾养胃药治疗是可以达到治疗骨质疏松症的目的，我们推测是通过以下途径来实现的：促进小肠对维生素 D 的吸收；培后天以补先天，促进维生素 D 的活化——$1,25-(OH)_2D_3$ 的生成。目前这方面的临床研究尚少，有待进一步研究证实。

3. 根据诸虚每易致瘀，建立瘀滞阻络证证型　气血学说是中医学基础理论之一，在秦汉时期已基本形成。气血津液是构成人体的基本物质，亦是脏腑功能活动的产物，人体生命活动的动力源泉。因此，人体的生理功能、病理变化均与气血津液有着极为密切的关系。各种原因使人体气血的生成、运行功能等发生异常时，就会导致疾病的发生。骨质疏松症与气血异常的关系极为密切。无论外伤皮肉筋骨或内伤脏腑经络，均可影响气血的正常运行，从而导致人体功能紊乱而产生一系列的病理变化。《灵枢·本藏》说：“经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨、利关节者也，是故血和则经脉流行，营覆阴阳，筋骨劲强，

关节清利矣。”气血的正常运行，四肢骨、筋、肌肉才能得其营养，受其保护。气血运行受阻，就会发生瘀滞病变而产生骨质疏松症的一系列症状。这也是骨质疏松症的基本病机之所在。由此可见，气血学说是研究人体气血的生理功能、病理变化及其相互关系的学说，可用以说明人体生命活动的物质基础和活动功能，解释复杂的生命活动现象及疾病的发生与病理过程，为骨质疏松症等骨内科疾病的治疗提供理论依据。瘀滞阻络是骨质疏松症发生的不可忽视的因素。年老体衰，脏腑功能低下，气血运行不利，肝肾精血空虚日久，气虚疏泄无力，脉络凝涩，成夹瘀之候，或因阴虚内热，血热互绕或阳虚内寒，寒凝血瘀；或年老情志失调，肝失疏泄，气机不调，则脉道闭阻，气血壅塞，骨先失养，骨质疏松。症见周身骨节疼痛，日轻夜重，身倦乏力，筋脉板滞，活动不利，面色晦暗，舌间或有紫络，脉沉细而涩。临证尚有气虚、气滞之象而随证化裁。人体气和血周流于全身，是脏腑、经络等一切组织器官进行生理活动的物质基础。如果气滞血瘀，瘀滞阻络，则必然导致疾病的发生。正如《素问·调经论》所云：“血气不和，百病乃变化而生。”加之年老体弱，天癸竭，脏腑机能低下，都不利于老年人骨代谢的正常进行，易致骨质疏松症的发生。此外，根据中医“以方药测证”理论，瘀滞阻络亦是骨质疏松症发生的一个重要因素。

（三）韩师治疗骨质疏松代表方剂

基于对骨质疏松的临床认识和多年的临证体会，韩师自拟“骨疏灵”方，具有温肾健脾、活血通络之功。临证中采用“骨疏灵”治疗 60 例老年性骨质疏松症患者，改善了相关症状及证候积分值，对骨质疏松症的相关生化指标有显著的改善作用。同时对以老年妇女为主的有关骨质疏松症患者进行 KAP 系列调查即知识（K，knowledge）、态度（A，attitude）、实践能力（P，Practice），初步获取了老年性骨质疏松的宣教资料，为临床研究提供了较有价值的数据。通过大样本的中医证候学研究，对老年性骨质疏松症证候的分布、组合及演变规律获得了一个较准确、客观的了解，为科研与临床提供了较准确、客观的证候学资料。骨疏灵是韩明向教授集长期的临床科研工作经验，针对老年

性骨质疏松症中医基本病机特点，博采众方，并结合现代中药药理的研究成果而制定的具有“温阳、益气、活血”功用的有效方剂。方中淫羊藿，味辛、甘，性温，入肝、肾经。《本经》中将其列为中品，能治“阴痿绝伤……益气力”。《别录》：“坚筋骨……”李时珍言其能“益精气，及手足阳明、三焦，命门药也，真阳不足者宜之”。《本草备要》：“补命门，益精气，坚筋骨。”淫羊藿，补肾助阳益精，坚骨强筋，使肾有所主，是为君药；川牛膝，味甘、酸，性燥，入肝、肾经。《本经》中列为上品，“主寒湿痿痹，四肢拘挛，膝痛不可屈。”《本草正》：“补髓填精，益阴活血。”《别录》：“补中续绝，益精，利阴气，填骨髓，止发白，除脑中痛及腰背痛。”川牛膝，活血，补肝骨，填精益髓，使髓充骨坚，是谓臣药；黄芪，甘，微温，可补气升阳。《珍珠囊》谓其“甘温纯阳，补诸虚不足”。可固护脾胃后天之本，壮气血生化之源，养五脏六腑之气，精血互生，气血旺盛，益后天而养先天，而使肾精充足。现代药理学研究证实，黄芪有增强机体免疫功能等多种药理活性，故与川牛膝共为臣药；牡蛎，味咸、涩，微寒，归肾、肝经。《神农本草经》谓其“久服强骨节”。《海药本草》“主虚劳乏损，补肾正气”。牡蛎味咸入肾，能引诸药同归肾经，以达强肾壮骨之功。性微寒又可佐制淫羊藿、黄芪等药的温燥之虞，用为佐药。诸药合用，共奏温肾健脾、活血通络之功。值得一提的是本方选药组方时，除从中医角度具备益肾温阳填精、健脾活血通络功能外，尚突破传统观念——即根据现代医学观点，从中药中选择含有类激素作用的，用来调节由于衰老导致的下丘脑-垂体-生腺轴的功能紊乱；其中富含的钙、磷和维生素能调节破骨细胞和成骨细胞的活性，恢复软骨组织功能的药物，且可改善消化系统功能，促进新陈代谢和钙质吸收、抗衰老，有利骨矿化和骨纤维形成。

二、骨质疏松症论治的理论依据

（一）骨质疏松症古代论治概况

祖国医学虽无骨质疏松症这一病名，但根据其所述临床症状及病机，与“骨痿”的描述颇为相似。“骨痿”的提法始见于《黄帝内经》，属

"痿证"中五体痿(皮痿、脉痿、筋痿、肉痿、骨痿)之一。《素问·痿论》说:"肾主身之骨髓……肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿。""肾者水脏也,今水不胜火,则骨枯而髓虚,故足不能任身,发为骨痿。"由此可见,《素问·痿论》阐发了骨痿之本在于肾的机理。临床观察表明,人体骨矿含量随年龄变化的规律,以及骨质疏松症的发生与衰老症状产生的一致性均支持了"肾主骨"理论的科学性,即所谓"女子七岁,肾气盛,齿更发长……七七,任脉虚……天癸竭……丈夫八岁,肾气实……八八,则齿去矣。"(《素问·上古天真论》)因此,"骨痿者补肾以治之。"(《素问·痿论》)的治疗原则,正是治病必求其本原则的体现。

(二)骨质疏松症现代中医论治流派

1. 肾虚与骨质疏松症的现代研究　薛红丽研究表明,肾虚百分率随年龄的增加呈递增趋势,40 岁以上男性和女性肾虚百分率可达 70%以上。李跃华等对 270 名老干部中骨质疏松患者患病情况与中医证型关系进行调查发现,在患骨质疏松症的 119 名患者中,107 人有肾虚表现,占 89.92%;非骨质疏松症患者但有肾虚表现者占 67.3%,所占比例明显低于骨质疏松人群。迟焕海利用 γ 射线吸收法证实,患有肾虚证的女性的骨密度明显低于无肾虚证的同龄健康妇女,而且肾虚证越明显,其骨密度下降幅度越大。胡梅通过对模型大鼠的研究,认为老年性骨质疏松是由于"肾精、气皆竭"的结果,肾气衰,阴阳失调,使骨胶原与钙、磷代谢得不到肾中精气的濡养而造成骨质疏松。由此可见,肾虚证与骨密度之间存在密切相关性,且肾虚的证候表现与骨质疏松症的临床表现完全相同,故肾虚与骨质疏松症发病有直接关系,尤其对于早期绝经妇女,肾虚是其骨质疏松症发病的最主要因素。

2. 中药对骨质疏松症的治疗作用

(1)对骨细胞的作用　青娥丸由淫羊藿、杜仲、胡桃肉等补肾中药组成。它对去势大鼠诱导的实验性骨质疏松模型有明显的治疗作用,可使骨小梁密度显著高于非治疗组,而破骨细胞指数明显低于非治疗

组。在类骨质含量及骨形成参数测量中，中药组明显优于尼尔雌醇治疗组及非治疗组。在相同的骨重建周期内，雌激素影响主要有单方面抑制骨细胞对骨的过度吸收，减少骨丢失；而青蛾丸加减方在抑制骨吸收的同时，还能刺激衍化成骨细胞，产生较多的骨基质，使病理大鼠的骨再建过程呈正平衡状态，从而有效地阻止骨质疏松症的发展，使已丢失的骨量得到一定程度的恢复。中药补骨二号由淫羊藿、蛇床子等组成，有直接抑制破骨细胞的作用，同时有抑制去势后骨高转换率的作用，维护骨量的相对平衡，从而阻止骨质疏松症的发生。故部分补肾中药在体内发挥抗骨质疏松作用可能是通过抑制破骨细胞的活性，使破骨细胞活动减弱；或直接促进成骨细胞的增殖或分化，使成骨活动增强，从而出现这一结果。

(2)对体内钙(Ca)、磷(P)代谢的调节作用　以补肾中药为主的抗骨松冲剂可以增强骨质疏松大鼠体内肠道 CaBP－D9K 基因的表达。CaBP－D9K 是存在于十二指肠黏膜上协助肠钙吸收的载体。CaBP－D9KmRNA 的增加意味着 CaBP－D9K 合成的增加及肠钙吸收的增强，可纠正体内负钙平衡状态，抑制破骨作用，促进成骨作用。骨疏康冲剂可能具有调节钙代谢和促进钙吸收的作用。另外在限定单一因素的条件下，研究补肾方剂、健脾方剂、活血化瘀方剂分别对去势大鼠骨代谢的影响显示，三者虽然均能提高去势大鼠血钙浓度，但对于骨密度的升高则是补肾方剂＞活血化瘀方剂＞健脾方剂，说明肾虚可以引发骨质疏松，而补肾方剂对骨质疏松有特异性的治疗作用。所以部分补肾中药可以通过改善肠道对钙离子的吸收状态以及调节血钙浓度使机体对钙离子的吸收和利用增加，从而维持骨钙-血钙的平衡，防止大量骨钙动员入血，进而延缓骨质疏松的发生。

(3)补肾中药与性激素的关系　现代医学研究表明，肾虚者多具有下丘脑-垂体性腺轴功能减退，性腺激素分泌减少，进而使成骨功能下降，单位体积内骨组织减少，最终导致骨质疏松。这与中医理论认为腰为肾之府，肾虚则腰痛，肾主骨，肾虚则骨不壮、筋不强，骨质疏松且易骨折，在认识上是一致的。临床药理研究证实，淫羊藿、仙茅、菟

丝子、熟地、首乌、枸杞子、女贞子等补肾药物可抑制或纠正下丘脑-垂体系统功能的减退，改善内分泌失调状况，延缓衰老过程。以补肾益精药为主治疗绝经后骨质疏松症，发现其功效类似于尼尔雌醇对照组，但无尼尔雌醇的副作用，且疗效优于尼尔雌醇，说明补肾中药对骨质疏松症的防治是通过微弱的性激素作用来实现。补肾中药治疗后血清 E_2 和子宫重量稍有增加。有实验报道补肾中药可以提高性腺雌激素受体的含量。有学者据此推测补肾中药可能提高成骨细胞上雌激素受体含量，以使较少量的雌激素发挥更大的生理效应。然而中药的性激素样作用与西药雌激素在许多动物实验和临床研究比较中疗效无明显差异，提示中药除了性激素的作用外还有其他作用机制。补肾中药密骨灵（鹿角胶、熟地、人参等）可通过恢复红细胞膜 PKC 活性和钙镁泵的活性，从而恢复肾虚骨质疏松患者全身骨量，达到防治目的。运用分子 mRNA 水平分析模型组、密骨片组及假手术组骨组织金属蛋白酶（MMP－9）和Ⅰ型胶原表达结果显示，模型组大鼠 MMP－9 和Ⅰ型胶原表达均较假手术组高，而密骨片治疗后两个基因表达均下降。说明补肾法治疗绝经后骨质疏松症的分子作用机制是降低骨的高转换状态，即在降低骨吸收的同时，骨形成也随之下降，但骨吸收降低的程度大于骨形成，这有利于改善负钙平衡，维持大鼠骨量。

综上所述，中医药对骨质疏松的主要治则有补肾益精法、补肾益肝法、健脾补肾法、补肾活血法等。但终归以补肾为其治疗之本，因为它可作用于多个环节起到整体调节作用。通过对机体内分泌、钙磷代谢、免疫、微量元素等系统功能的调节来恢复骨吸收和骨形成之间的动态平衡，有效地维持骨量，提高骨中有机基质的含量。对骨质疏松的中药治疗，今后尚需在以下三个方面综合评价药物治疗的效应：①对骨质重构的效应；②对骨质量方面的效应；③骨生物力学活性方面的效应。

三、韩师用骨疏灵治疗骨质疏松的拓展研究

韩师弟子方朝晖等根据在多年的临床实践中观察到老年人多有

脏气渐衰、脏腑功能虚损的改变，故认为脾肾气虚、阳虚及瘀血阻络是老年性骨质疏松症的基本病机，以此为理论依据，采用以益气、温阳、活血为法组方而成的骨疏灵胶囊，对 60 例老年性骨质疏松症治疗后，发现患者症状明显改善，证候积分值也显著降低，而跟骨指数无明显变化，说明骨质无进一步丢失。空腹晨尿 Ca/Cr 比值降低提示机体的负钙平衡状态得到改善。尿羟脯氨酸（HYP）含量降低提示骨疏灵对胶原代谢有一定的调节作用，而血骨钙素含量的升高则反映了骨疏灵具有一定的维持骨正常矿化速率的作用，提示骨疏灵有良好的延缓骨质疏松发展和改善临床症状的功效，其作用机制可能与增加钙质，促进钙质吸收，抑制骨质丢失等综合效应有关。

方朝晖等采用中老年大鼠双侧卵巢切除术制作老年性骨质疏松症的实验动物模型，以具有益气温阳活血功效的骨疏灵胶囊进行治疗。结果表明，模型动物出现了不同程度的骨量及骨无机质含量减轻，尿钙排出量增加（$P<0.05$ 或 $P<0.01$），经骨疏灵治疗后，骨重量和骨无机质重量明显增加（$P<0.01$），且可明显降低尿钙排出量（$P<0.01$），对血钙浓度无明显影响，提示改善骨代谢状态是骨疏灵治疗老年性骨质疏松症的部分作用机制。

方朝晖等选用 18 月龄的 Wistar 大白鼠采用维甲酸灌胃致实验性老年性骨质疏松症动物模型。实验大鼠维甲酸灌胃 4 天后，可出现饮食量的减少，7 天后饮食量更进一步减少，至 14 天时降至最低点，之后饮食量逐渐恢复。造模结束时，模型组大鼠出现了体重减轻，活动度明显减少，反应迟钝，嗜睡，拱背，竖毛，舌暗红干瘦，舌尖光莹等类似于气虚、阳虚、血瘀证的表现。有 2 只大鼠分别于第 14 天、第 20 天出现跛行，第 28 天时模型组体重明显低于正常对照组（$P<0.01$），说明维甲酸对大鼠体重的增加有明显的抑制作用。模型组骨密度较正常对照组明显降低；骨钙含量与正常对照组比较明显降低；骨磷含量与正常对照组比较无明显差异，碱性磷酸酶（ALP）、血清完整骨钙素（IBGP）含量明显降低，而空腹尿羟脯氨与肌酐比值，尿胶原吡啶交联 N 末端肽（NTX）水平则明显升高，白介素 1β（IL－1β）和雌激素

E_2、血清1,25二羟维生素——1,25-$(OH)_2D_3$的含量则明显降低。并观察骨疏灵胶囊对实验动物骨密度和骨钙、磷含量及反映骨形成和骨吸收的生化指标、成骨细胞增殖及NO合成酶在骨中表达的影响，由此可见，骨疏灵能在一定程度上可对抗维甲酸对体重的抑制作用，且骨疏灵组作用要明显优于骨松宝组和氟化钠组。骨疏灵高剂量组和低剂量组大鼠骨密度均较模型组明显增高，与氟化物组相比有明显差异($P<0.05$)。其作用机制可能与骨疏灵整体调节机体功能，提高机体抵抗力，抑制维甲酸导致的骨吸收增强，促进骨形成，改善骨重建有关。骨疏灵组骨钙浓度有明显升高，研究显示骨疏灵能升高血钙，在机体补充钙方面，具有吸收速度快、效果明显的特点，且有助于维持骨重建的平衡状态。骨疏灵胶囊既能明显促进骨质疏松大鼠类骨质的形成和矿化，又可抑制骨吸收，且能在一定程度上改善骨显微结构，从而增加了骨量，改善了骨结构，使骨的力学性能得以改善。骨疏灵胶囊降低碱性磷酸酶(ALP)的含量，表明骨疏灵组能对抗维甲酸引起的骨形成抑制状态，或在一定程度上具有促进骨形成的作用，骨疏灵胶囊可使血BGP水平升高，提示其可能不仅可使成骨细胞活性增强，更具有抑制破骨细胞活性的作用，这与方中的淫羊藿、牛膝等药物具有的性激素样或促性激素样作用相关，它们可促进蛋白质的合成、延缓衰老。骨疏灵能明显地抑制维甲酸引起的过度骨吸收，从而防止实验性骨质疏松症的发生，其机制可能是1,25-$(OH)_2D_3$通过抑制甲状旁腺素(PTH)的分泌而实现的，由于尿羟脯氨酸(HOP)所反映的骨吸收抑制并不伴有尿Ca/Cr的减少，推测这可能与骨疏灵胶囊可改善消化道功能，使肠道钙离子吸收增强有关，在药物的作用下，使得进入机体和骨骼的钙增多，而尿钙排出量并不增加所致。骨疏灵胶囊也可提高成骨细胞上雌激素受体水平，使较小量的雌激素发挥较大的生理效应，这可能是中医药治疗骨质疏松症的疗效机制之一。说明骨疏灵胶囊有助于动物机体骨量的增加，纠正骨重建的负平衡状态。骨疏灵方中淫羊藿具有温补肾阳的作用，牡蛎具有滋补肾阴的功效，两者相合可有效调节机体的阴阳平衡状态，这与抑制骨吸收和促进骨

形成有相似的原理，中药治疗骨质疏松症的作用是多方面的，既能抑制骨的吸收，又能刺激成骨，产生较多骨基质，使骨代谢转化为正态平衡。

骨质疏松症的组织学机制主要是由于骨重建负平衡所致。其细胞学机制则可能是成骨细胞增殖受损，分化程度降低，而促进成骨细胞增殖分化的研究，有助于阐明药物对老年性骨质疏松症的作用。根据韩师的研究发现，骨疏灵高、低两个剂量组浓度均能明显促进成骨细胞的增殖，且其效应随浓度递增而递增（$P<0.01$），这可能提示药物含有对成骨细胞有直接作用的成分。而且促增殖效应强度与药物的剂量有明显的量效关系，有效浓度范围较宽，使用就越安全。

此外，原位杂交研究结果显示，在软骨细胞的胞浆中，NO 合成酶的表达显著增加，表明骨疏灵胶囊能明显增加 NO 合成酶的含量，并能促进软骨细胞合成和分泌 NO 合成酶。上述作用是通过药物及其有效成分对机体的整体调节作用，即延缓机体的衰老，从而有效改善老年性骨质疏松症骨重建来实现的。本项研究部分阐明了骨疏灵胶囊通过改善“虚—瘀”状态而达到延缓整体骨衰老的作用机制。

四、结语评析

综上所述，应用中医药治疗骨质疏松的实验研究虽已取得了可喜的成绩，但在目前的研究中，仍存在一些不足之处。例如：研究的深度、广度不够，表现为已经发表的实验研究报告数量不多，各报告之间用来复制骨质疏松症的动物模型尚缺乏一致性和可比性；采用的疗效标准也不甚统一；治疗手段也较局限；一些报告的观测指标重复、陈旧。为了进一步提高中医药对骨质疏松症的疗效，有必要进一步加强对此症的研究，同时，要确立病证结合的动物模型用来研究中医药疗效，并采用统一的疗效标准，以便准确、科学地判定疗效。

（方朝晖　朱慧志）

参 考 文 献

[1]薛红丽. 补肾活血抗自由基损伤延缓衰老的研究进展[J]. 实用老年医学，1993，13(1)：34－35.

[2]李跃华，董元龙. 老年人骨质疏松患病率与肾虚证型关系的调查[J]. 中国中西医结合杂志，1995，15(6)：366－367.

[3]迟焕海，郭素华，杨定焯，等. 绝经早晚对骨密度的影响[J]. 中国中西医结合杂志，1993，13(3)：160.

[4]胡梅. 肾虚证大鼠骨胶原与钙含量的变化及其与肾主骨的关系[J]. 中国医药学报，1993，8(3)：48.

[5]沈霖，杜靖远，杨家玉，等. 青蛾丸加减对大鼠卵巢切除诱导的实验性骨质疏松症的影响[J]. 中医研究，1994，7(2)：19.

[6]李朝阳，李青南，吴铁，等. 中药补骨二号对去卵巢大鼠密质骨代谢影响的定量研究[J]. 中成药，1994，16(10)：32.

[7]刘和娣，李恩，佟晓旭，等. 补肾中药对骨质疏松大鼠 CaBP－D9K 基因及表达的影响[J]. 中国骨质疏松杂志，1996，2(3)：62－64.

[8]崔少千，王海义，李书琴，等. 骨疏康冲剂与钙剂联合应用防治维甲酸所致大鼠骨质疏松的实验研究[J]. 中国骨质疏松杂志，1999，5(2)：74－77.

[9]李芳芳，李恩，佟晓旭，等. 补肾、健脾和活血化瘀方药对去卵巢大鼠骨质疏松的比较研究[J]. 中国骨质疏松杂志，1998，5(2)：5－9.

[10]陈大蓉，唐显著，郑坤渝，等. 中药护骨合剂防治绝经后骨质疏松症的临床研究[J]. 中医杂志，1994，35(6)：359－361.

[11]魏美娟，俞瑾. 补肾中药对雄激素致无排卵大鼠垂体及卵巢的形态变化观察[J]. 中国中西医结合杂志，1993，13(3)：164－166.

[12]郑洪新，崔家鹏，刘景峰，等. 肾虚骨质疏松症病理机制及补肾中药对其防治作用的实验研究[J]. 中国医药学报，1998，3(4)：22－25.

[13]沈霖，杜靖远，赵海波，等. 补肾法对实验性骨质疏松 MMP－9 及 I 型胶原 mRNA 表达的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志，1998，6(4)：1－4.

从痰浊、瘀血、内毒论治代谢综合征

1966 年，Welburn 在为高血压患者做糖耐量试验时发现他们的血浆胰岛素水平高于正常血压人群组。随后，对此临床现象的研究引起医学界广泛重视。20 世纪 70 年代的流行病学调查确定了高血压患者较正常人更易发生高胰岛素血症和糖耐量异常。后又经许多学者多年的研究，人们逐渐弄清了临床常同时并存的疾病：高血压、血脂代谢异常、葡萄糖代谢异常及高胰岛素血症之间存在着明显的相关性，其根本原因在于胰岛素抵抗(insulin resistance，IR)。胰岛素抵抗与高血压、糖尿病、肥胖、甘油三酯(TG)升高及高密度脂蛋白(HDL)降低均有关，这一群集危险因素促进了动脉粥样硬化和冠心病的发展，被命名为胰岛素抵抗综合征(insulin resistance syndrome，IRS)或"Reaven's 综合征"或"X 综合征"、代谢综合征(metabolic syndrome，MS)。由于此综合征与冠心病关系密切，对冠心病的发生、发展有重要的影响，又称为"致命的四重奏(deadly quarter)"。

从目前的资料看，代谢综合征有很高的发病率。美国的第 3 次全国健康和营养调查资料显示，在≥20 岁的美国成人中，白人、黑人和西班牙裔美国人的代谢综合征的发病率分别为 23.8%、21.6%和 31.9%，而在 45～74 岁的美国印第安人中的发病率则为 55.2%，几乎是上述同龄人群的 2 倍；上海 40～49 岁人群随机抽样的 771 例男性和 1189 例女性代谢综合征的流行病学调查发现，若以高血糖、高血压及血脂异常兼具者命为全代谢综合征，以体重分类，则体重正常组、超重组及肥胖组的全代谢综合征患病率分别为 8.0%、21.6%及 29.6%。

2005 年国际糖尿病联盟(IDF)提出中心性肥胖(腹围)为诊断前提，须具备以下 2 项以上：

(1)肥胖诊断：腰围　美国＞102cm(男)，＞88cm(女)；欧洲＞94cm(男)，＞80cm(女)；中国＞90cm(男)，＞80cm(女)；

(2)TG≥1.7mmol/L 或已接受治疗；

(3)HDL－C<1.0(40mg/dl)(男)或<1.3(50mg/dl)(女)或已接受治疗；

(4)血压：SBP≥130mmHg 或 DBP≥85mmHg 或已接受相应治疗或此前已诊断为高血压；

(5)糖代谢异常：FPG≥5.6(100mg/dl)或已接受相应治疗或此前已诊断为 2 型糖尿病。若 FPG≥5.6mmol/L(100mg/dl)，则强烈推荐进行 OGTT 试验检查。

中华医学会糖尿病学分会(CDS)根据中国人群的特点，建议代谢综合征的诊断标准如下：具备以下 4 项组成成分中的 3 项或全部者：

(1)超重和(或)肥胖 BMI≥25.0kg/m^2；

(2)高血糖 FPG≥6.1mmol/L(110mg/dl)和/或 2h PG≥7.8mmol/L(140mg/dl)，和/或已确诊糖尿病并治疗者；

(3)高血压 SBP/DBP≥140/90mmHg，和/或已确诊高血压并治疗者；

(4)血脂紊乱 空腹血 TG≥1.7mmol/L(110mg/dl)因素和/或空腹血 HDL－C<0.9mmol/L(35mg/dl)(男)，<1.0mmol/L(39mg/dl)(女)。

代谢综合征是一个非常复杂的代谢、内分泌和心血管等诸多因素相互作用、相互影响的疾病，其发病的各因素之间相互联系，构成了一个闭合环，以至于其中任何一个因素的恶化都将导致其他因素的恶化。这些危险因素常聚积在同一个体上，大大增加了其患严重心血管病、糖尿病的危险性。

由于本病呈慢性进展，在其不同发展阶段，症状轻重可有很大差异。一方面，正常人群由于年龄增加而胰岛素敏感性却呈下降的趋势，早期即使存在轻度胰岛素抵抗，但其症状隐匿或轻微，不易被重视，随增龄及其伴随的胰岛素抵抗的逐渐加重，临床症状亦趋明显或逐渐加重；另一方面，由于基因突变(包括胰岛素基因和胰岛素受体基因的突变)或由于环境因素(肥胖、多食及缺少运动等)导致从胰岛素

合成到细胞表面胰岛素受体表达再到胰岛素与其受体结合后生理效应发挥中的多环节中的任一环节功能异常，均可导致胰岛素生理效应不能有效发挥，产生胰岛素抵抗状态。胰岛素抵抗之直接后果即表现为高胰岛素血症。胰岛素除主要调节葡萄糖代谢外，还参与调节脂质代谢和水、盐代谢，对血管、交感神经系统、纤溶系统等亦有影响，因而随高胰岛素血症的持续，血压、血糖、血脂、血管壁形态等均相继受到影响，虽最终导致一系列相关代谢紊乱症状出现，但后期多可能出现严重的心脑血管病如卒中、心肌梗死等。

关于代谢综合征的发病，现代医学认为，IR（胰岛素抵抗）、高胰岛素血症起着重要作用，是贯穿 IR 综合征的多种代谢疾病的主线，是这些疾病共同的病理生理基础。总体上，其存在这样的一个病变模式：IR→高胰岛素血症→多种代谢和生理紊乱→动脉粥样硬化→心血管疾病。西医对代谢综合征的治疗原则是以改善 IR 为基础的全面防治心血管危险因素的综合防治，以饮食控制和运动疗法作为长期干预的基础措施，强化降压、降糖，纠正血脂紊乱。

一、代谢综合征中医论治的理论依据

祖国医学中很早就有类似代谢综合征的文献记载，代谢综合征相当于糖尿病的前期，也即“瘅”的早期。《素问·奇病论》篇指出：“帝曰：‘有病口甘者，病名为何？’岐伯曰：‘此五气之溢也，名曰脾瘅。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也，此肥美之所发也。此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。治之以兰，除陈气也。’”可见早在先秦时期，古人就已经观察到嗜好肥甘厚味，易生内热，出现消渴。并发现消渴的前期病位多在中焦脾胃，病因是“数食甘美”，肥甘积滞，“陈气”化热，病机是“内热”太过（“肥者令人内热”），滞积中焦（“甘者令人中满”），虽然“脾喜燥”但过犹不及，久则脾不能“为之行其精气”，致痰饮水湿内停（“津液在脾”），治疗上提出了“治之以兰，除陈气也”的方案，对应方为《内经》13 方之一的“兰草汤”。笔者认为这条经文是对代谢

综合征(糖尿病前期)理法方药最完善的文献记载。

此外,《素问·通评虚实论》篇也云:“凡治消瘅、仆击、偏枯、痿厥、气满发逆、肥贵人,则膏粱之疾也。”说明膏粱厚味不单与糖尿病(消瘅)有关,还是多种疾病的危险因子。“仆击、偏枯、痿厥、气满发逆”类似于今天的动脉粥样硬化性心血管病的冠心病中的心肌梗死、脑血管意外和心衰。代谢综合征的病因多为禀赋因素、过食肥甘、缺乏运动、年老体弱、久病正虚和情志所伤,数种因素叠加,使肺、脾、肾、肝、膀胱及三焦等气化功能失常,痰浊膏脂积滞体内而成。脾本主运化水谷和水液,脾阳伤损,脾运失司则不能“消磨水谷”,精微物质和水液不能被正常吸收,则气血精津生化不足,反而痰浊水湿内停。

另一方面,“脾主升清”,脾阳受损,则脾不散精,上不能散精于肺将精微物质输布全身,下不能助肾以制水,则痰饮停滞益盛。痰浊、膏脂积聚于肚腹之中而致腹部胖大。气血精津的生成减少,痰浊生成增多,痰聚脉中,则是血脂、血糖异常之因。脾虚不能统摄,痰浊、膏脂溢于管壁之中而脉管僵硬变脆,血压升高,甚者可见血逸脉外。可见脾的阳气亏虚是代谢综合征的病机关键。今脾阳已虚,阳虚不能生阴,继而出现脾阴亦虚,即“阳损及阴”,脾阴不足,可见口干舌燥,形体消瘦,手足心热;或见胃热益盛,消谷善饥,正可谓“素盛今瘦”。又“阳化气,阴成形”,阳虚则无以生气,阴虚则无以成形,脾的阴阳俱虚,气血俱不足,五脏六腑失其所濡养,脏腑虚弱,而“五脏皆柔软者,善病消瘅”。

所以说,代谢综合征的病理过程是一个先有饮食不节(如“数食甘美”)等原因,继则脾阳受伤,一则“阳不制阴”“阳虚阴盛”,痰浊内生,形态肥胖;二则“阳损及阴”“阳不生阴”,阴血亏虚,阴虚燥热,形成消渴,终至阴阳两虚,波及五脏。这个过程提示我们脾阳虚、脾阴虚或相当于胰岛素抵抗期,五脏阴阳亏虚或相当于伴随胰岛素抵抗的临床综合征时期。

此外,还有学者认为,代谢综合征的发展演变,可以用“郁、热、虚、损”四个阶段来概括其从未病到已病,从潜证到显证的整个过程,因郁

而热，热耗而虚，由虚及损，形成代谢综合征发生、发展的主线。郁：相当于代谢综合征的前期，但尚不是代谢综合征，如不加控制可发展为代谢综合征。导致郁的原因主要有两方面：一是饮食，二是情志。饮食不节或过食肥甘，多滞中焦之气，有碍脾胃升降，形成脾气郁结；所思不遂，情志不舒则导致肝气郁结。脾胃是气机升降的枢纽，主运化，脾气一滞，胃气难降，食积不化；运化不健，则水湿不化，津液不布，为湿为痰。肝主疏泄，调畅气机，肝气一滞，气机不畅，血行艰涩；水液代谢受阻，也可为痰为湿。所以在这阶段脾郁、肝郁是其本，表现可有气、血、痰、火、湿、食六郁。

热：相当于代谢综合征的早期。此阶段郁久化热，以热证的表现最为突出，究其脏腑不外胃热、肠热、肝热、心火等，饮食不节生胃热，情志不遂生肝热，大便秘结生肠热。胃热者，口干多饮，消谷善饥，气盛则溲数；肝热者，口苦咽干，气上冲心，心中疼热，饥而不欲食，胸胁胀满；心火者，口舌反复生疮，心烦失眠，小便黄赤等。热与痰结则为痰热，热与血结则为血热，热与湿结则为湿热。此期虽可耗气伤阴，有气阴不足的表现，但决非矛盾的主要方面。所以治疗上应本着气由热损，津由热耗的思想，以大力清热为法，少佐养阴生津，热清而气阴自复。

虚：相当于代谢综合征的中期，病机较为复杂。早期热还未尽，又耗气伤阴，气阴两伤为始，进而阴损及阳，阴阳两虚。这一阶段虽以各种不足为其矛盾主要方面，表现为肺胃津伤、肺脾气虚、气阴两虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚等多种证型，但多虚实夹杂，可夹热、夹痰、夹湿、夹瘀等。可以说这一期是消渴病的极期，临床治疗尤须着力，辨清主次，灵活用药。

损：相当于代谢综合征的后期。或因虚极而脏腑受损，或因久病入络，络瘀脉损而成。这一阶段的病机根本在于络损（微血管病变）、脉损（大血管病变），以此为基础而导致脏腑器官的损伤。瘀和虚成为病机的主要方面，瘀血内阻，使脏腑器官功能失调；正气益虚，体内各种代谢失衡，从而变证百出。如瘀血留滞心脉，心脉痹阻，则出现胸

痹、心痛、心悸、怔忡等心系证候；留滞脑窍，则可见中风偏瘫、眩晕口僻甚至昏迷等脑系证候；肾络瘀阻，肾气受损，开阖不利，则出现腰痛、水肿、尿浊等肾系证候等，并随病情发展，致瘀因素越来越多，瘀血程度越来越重。因此，只有在消除各种致瘀因素的基础上（或益气，或滋阴，或温阳，或清热），加用活血通络之品才是最为有效的办法。

二、代谢综合征的病因病机认识

1. 脾、肾、肝三脏功能失调是根本

（1）脾失健运，痰浊内蕴　《诸病源候论》指出："脾胃虚弱，不能克消水浆，故有痰饮也。"《景岳全书》进一步阐述："夫人之多痰，皆由中虚使然，果使脾强胃健，如少壮者流，则水谷随食随化，皆成气血，焉得留而为痰？惟其不能化尽，十留一二，则一二为痰；十留三四，则三四为痰矣；甚至留其七八，则血气日消，而痰涎日多矣。"此处之痰泛指广义之痰，其病理状态与现代医学所指的血脂代谢紊乱相似。脾失健运，不能将纳入之水谷转化为精微物质，加之运化功能失调，则痰浊内蕴。

（2）肾气衰弱，水津不布　肾为阴阳之本，由于先天禀赋不足或年老体衰等导致肾气不足，则各脏腑功能均会减弱或失常。《素问・逆调论》曰："肾者水脏，主津液。"在水液代谢的全过程中，肾的气化作用贯穿于始终。若肾气衰弱，气化功能失常，则肾与膀胱开合失度，脾、肺、三焦的功能亦受到影响，从而导致升清降浊功能紊乱，使水津不布或水液内停，生成痰浊。正如《景岳全书》所云："盖痰即水也，其本在肾，其标在脾。"

（3）肝失条达，疏泄紊乱　中医认为肝与情志活动，气血的运行，饮食的消化、吸收，津液的宣发、输布和排泄都有密切的关系。《血证论・脏腑病机论》曰："木之性主疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化。设肝不能疏泄水谷，渗泄中满之证在所不免。"肝气条达，疏泄正常，不仅能协助脾胃之气正常升降，同时还能分泌胆汁，以促进饮食物的消化。若肝失条达，水津输布和代谢功能减弱，凝聚

成痰，酿成脂膏，加之血行不畅而成瘀，气滞血瘀，必致痰瘀胶着互结，因此，周学海进一步指出："故凡脏腑十二经之气化，皆必籍肝胆之气化鼓舞之，始能调畅而不病。凡病之气结血凝、痰饮、膨胀、痞满、积聚、眩晕……皆肝之不能舒畅所致也。"

（4）痰瘀阻滞，变证多端　代谢综合征的重要危险因素为中心性肥胖，中医素有"肥人多痰"之论，认为"肥人多痰，乃气虚也，虚则气不能运行，故痰生之。"在代谢综合征的发病过程中，由于先天禀赋不足、年老气虚、饮食劳逸和情志失调等，导致脾胃虚弱、运化失调，肾气不足、气化无力，肝失条达、疏泄紊乱等脏腑功能的破坏，而致湿聚痰凝。痰乃津液之变，瘀乃血液凝滞，由于津血同源，因此，痰与瘀不仅可以相互影响，而且可以互相转化，临床常常可见因痰致瘀或痰瘀互结的情况。正如《外证医案汇编》所言："流痰……蓄则凝结为痰，气渐阻，血渐瘀，流痰成矣。"《血证论》也指出："须知痰水之壅，由瘀血使然……然使无瘀血，则痰气自有消溶之地。"

2. 韩师对代谢综合征的病因病机认识　韩师在对临床证候研究调查后发现，IR 患者的证候特点以痰瘀互结为主，兼肝肾阴虚。新近进一步观察发现本病患者尚有毒邪内蕴的证候，可表现为体内一些本属正常代谢的产物由于其质或量的异常而对人体造成了危害，形成恶性循环。而用高糖食物诱导的具 IR 特征的大鼠模型的病机虽不能单纯通过临床常规采用的方式加以了解，但通过下列指标的变化可以说明实际上本类大鼠亦具有显著的痰瘀毒内结的病机特点。

IR 大鼠的瘀血病机特点主要表现为：具有明显的高凝状态及纤溶活性降低，高黏倾向及相应的血压情况变化。中医瘀血病机的要点符合"浓黏凝聚"特征，IR 大鼠的凝聚性体现在高凝状态及纤溶活性的降低，浓黏性体现在高黏倾向及红细胞增加及相应的血压变化。

（1）IR 大鼠具有明显的高凝状态及纤溶活性降低　正常情况下，人体血管内的血液保持畅流状态，不出血、不凝血，没有血栓形成或栓塞，这是由于在血管壁完整的条件下，血液本身存在凝血和抗凝血、纤溶和抗纤溶两对矛盾系统，它们维持对立的统一，及时发挥着调整

作用。

经高糖饲料诱导的IR大鼠成模以后，其凝血及纤溶系统出现相关的一系列变化，如凝血酶原时间（PT）缩短，由13.5秒降至12秒；活化部分凝血活酶时间（APTT）减少，由24.2秒缩短至22.4秒；血小板（PLT）增多，由57.2增至67.3，且用药后短期总体疗效不佳，这些指标的变化均符合中医学血瘀证表现，因而具备血瘀证病机特点。

（2）高黏倾向　血液是一种黏滞性较大的体液。全血的黏滞性与红细胞数量呈正比，与红细胞可塑变形能力呈反比。血浆黏度主要取决于血浆蛋白的组成与数量。蛋白质分子量越大，形状上越不对称，对血浆黏度影响越大。血浆黏度增高的常见原因是血浆纤维蛋白原或γ免疫球蛋白的含量增多。因为这些形状不对称的大分子蛋白质，在红细胞之间可起桥联作用，使红细胞易于发生聚集，故此时全血黏度亦明显增高，此外，全血黏度也与血流速度有关。血流速度慢，红细胞较易聚集，黏度增高。反之，血流速度快，则红细胞不易聚集并可促使解聚，因而血黏度降低。

经高糖饲料诱导的IR大鼠成模以后，其纤维蛋白原显著升高，血液流变学出现一系列变化，表现为高速切变率和低速切变率均增加。血浆比黏度亦增加，另外，血液红细胞数和白细胞数较造模前显著升高，故符合中医“血瘀”证之“浓、黏”特点，因而符合中医瘀血病机。

同时，我们还观察到造模后的大鼠血压升高，脉压差减小，这一点提示我们模型组血管外周阻力增加，血流有瘀滞。形成动脉血压的基本因素包括心收缩射血、外周阻力、大动脉管壁弹性和循环血量等四个方面，所以凡影响这些因素变化的都会使血压改变，并对收缩压和舒张压有程度不同的影响。

大鼠经造模后血压有所升高，收缩压由97.5mmHg增至109.2mmHg；而舒张压升高更为显著，由69.3mmHg升至89.5mmHg；进而导致脉压差减小，由28.4mmHg降至20.5mmHg。出现此种现象的最可能的原因就是在大血管弹性正常的前提下，外周阻力出现增加，而

外周阻力的增加来自于血液黏度的增加。

(3)内毒　IR 动物模型存在明显的毒素内停征象，主要表现为葡萄糖毒性和肿瘤坏死因子毒性。

经高糖饲料诱导的 IR 大鼠成模以后，其餐前(空腹血糖)水平较造模前显著升高，由 10.2 mmol/L 升至 15.8 mmol/L。部分大鼠血糖达到大鼠糖尿病的诊断标准(即 16.65 mmol/L)，且这种高血糖状态若不经有效治疗将难以自行恢复，进而对机体造成持续的损害，形成恶性循环。“亢则害”，这种过多的葡萄糖储留于体内，符合“内毒”的特点，因而属于中医毒邪内蕴的病机。

经高糖饲料诱导的 IR 大鼠成模以后，其血清肿瘤坏死因子水平较造模前显著升高，这种病理产物的存在对机体也造成了持续的损害，通过上述环节影响机体功能。“亢则害”，因而也符合“毒”的特点，因而属于中医毒邪内蕴的病机。

(4)痰浊内停　IR 大鼠的痰浊内停特征主要表现为糖化血红蛋白(GSP)含量增多，血脂增加。

“痰浊”是中医学术语中一个非常独特的概念，既可作为病因，又可作为病理产物。在中医学的理论体系中占有重要地位，是病因病理学说中的重要组成部分。与许多疾病尤其是顽症、难症关系更为密切。素有“百病多由痰作祟”“怪病多由痰作祟”之说。

对大鼠每日给予富含蔗糖的饲料喂养，其摄入糖的数量已远远超出生理的需要，超出机体组织器官所能代谢的水平，长期下去必然导致一系列改变，最终导致 IR 模型的出现。而经此饲养诱导而出现此病理状态的病因属于中医学的“饮食不节”。饮食不节，可致痰浊内生。

胃为水谷之海，脾为运化之源，饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上输于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五精并行。这是机体的正常代谢过程，而由于给予超量的糖供给，大鼠不能进行运化，必然损伤脾胃的功能，脾失健运，其直接后果是痰湿内生。这些内生的痰湿具体表现为过多的脂肪沉积于腹腔与皮下，对血液动力学及血液

流变学参数造成不良影响。且成模以后，仍给予高糖饲料喂养，对机体造成持续的损害，形成恶性循环。

综上所述，可见经高糖饲料喂养的大鼠 IR 模型符合中医痰瘀毒内结的病机特点。

三、韩师治疗代谢综合征临证特点

（一）韩师对代谢综合征中医证候的认识

韩明向教授认为虽然 MS 是以血压升高、葡萄糖代谢异常、脂质代谢异常及胰岛素水平升高为特征的症候群，但由于后两者在临床多无严重症状或不足以引起重视，糖代谢紊乱症状又多出现在病程后期，因此，病人就诊多是因为高血压病而引起的一系列不适。根据其常见症状：眩晕耳鸣、少寐多梦、急躁易怒、咽干口燥、面色潮红、大便干燥、腰膝酸软、头昏头痛、胸闷恶心、形体肥胖、四肢倦怠、面浮肢肿、心中刺痛、心悸不宁、小便清长、四肢不温等，中医辨证多属于“眩晕”“头痛”或“痰湿”范畴，证候特点多为肝肾阴虚，痰湿壅盛，气血瘀阻，或脾肾两亏。

各型主要症状、治法及方药如下：

1. 肝肾阴虚型　主症：头目眩晕，耳鸣健忘，少寐多梦，咽干口燥，腰膝酸软，舌红少苔，脉细数。

治法：滋养肝肾。

方药加减：杞菊地黄汤加黄连、麦冬、葛根等。若阳亢较甚，伴面目潮红、急躁易怒，合天麻钩藤饮及丹皮、龙胆草、夏枯草加减；若胃火炽盛，伴多食易饥、大便秘结者，合玉女煎及玄参、花粉等。

2. 痰湿壅盛型　主症：头昏头重，胸闷恶心，少食多寐，少气懒言，形体肥胖，肢体倦怠，舌苔白腻，脉濡弱。

治法：化痰利湿健脾。

方药加减：半夏白术天麻汤加泽泻、虎杖、苍术、莱菔子；若痰郁化火，伴头目胀痛、心悸而烦、口苦，以温胆汤加大黄、黄连等。

3. 瘀血阻络型　主症：头部胀痛、刺痛，胸闷、胸痛，心悸不宁，舌

质紫暗，脉细涩。

治法：祛瘀通络。

方药加减：以通窍活血汤加水蛭、山楂等，兼气虚者加黄芪、绞股蓝等。

4. 阴阳两虚型　主症：眩晕，头痛，心悸，耳鸣，咽干口燥，腰膝酸软，失眠，多梦，小便清长，手足不温，肢体水肿，舌淡苔薄，脉沉细。

治法：滋阴壮阳。

方药加减：以二仙汤或肾气丸加冬虫夏草、杜仲等。

（二）韩师治疗代谢综合征的代表方药

有研究证明一些中药能在降压的同时，改善血糖、血脂的代谢，延缓动脉硬化的形成，组成复方后其作用会更好。在临床证候学调查的基础上，韩师创立了中药制剂——四安胶囊，由水蛭、黄连、夏枯草、莱菔子组成，具有活血化瘀、解毒和祛痰降浊作用。下面分别介绍这几味中药的治疗原理：

水蛭：活血化瘀，化痰降浊。

以活血化瘀为主要作用的中药水蛭，性猛力峻，为破血逐瘀通经之良药，其含有水蛭素、组织胺样物质。水蛭素是迄今发现最强的凝血酶的天然选择性特异抑制剂。其在抗凝血、扩张血管、降低血液的黏稠度及改善纤溶酶活性，改善血液流变学及微循环等方面有突出作用，临床应用广泛，对严重心脑血管病、造血系统疾病、代谢疾病、妇科疑难疾病、肾功能衰弱、流行性出血热等均有良好的疗效。

黄连：清热解毒

除传统的清热解毒作用外，近年来黄连的广泛治疗作用得到许多学者的重视与认可，其在心血管、内分泌代谢及脑血管病的治疗方面有一定优势，其降低血压、抗心律失常、扩张冠状动脉、改善缺血性心脏病、降血糖等方面有确切疗效。研究者发现其上述作用与黄连的抗氧化、抗毒素、改善微循环等作用有关。

莱菔子：理气化痰

莱菔子理气化痰，对以痰浊或痰湿为主要病机的疾病有良好疗

效。如高脂血症、高血压病、呼吸系统疾病如肺动脉高压、消化系统疾病、内分泌代谢疾病、血液系统及血管性疾病等均有较好作用。

(三)韩师总结的单味方药

中医认为本病多为肝肾阴虚、痰湿素盛、气血瘀阻或脾肾两亏。因此滋阴清热、化痰祛湿、活血化瘀或补益脾肾的药物可能对代谢综合征有一定的疗效。现将这些年来韩师对此类药物的研究资料综述如下文。

1. 具有降压、降脂、改善血糖代谢作用的单味中药

(1)地骨皮　凉血退蒸、清泻肺热,兼有降压、降脂、降糖作用。

(2)泽泻　利水渗湿、清热。现代药理学研究发现本药作用如下。①降血脂。泽泻的多种成分对实验性高胆固醇血症有明显的降低作用,并能提高高密度脂蛋白(HDL-C),改善肝脏脂肪代谢;②降血糖。研究发现,患者一般于用药后3～4小时血糖降到最低值;③扩张冠状动脉及主动脉;④利尿,有降压作用。

(3)茵陈　清热利湿,退黄。现代药理学研究发现本药作用如下。①扩张内脏及中枢血管而降压,且随用药量的增加,降压强度及持续时间呈现出增加和延长;②降低胆固醇和β-脂蛋白,抗动脉粥样硬化;③降低血糖、抗凝血及促纤溶作用。

(4)人参　大补元气,复脉固脱,通经活血,安神生津,延缓衰老。现代药理学研究发现本药作用如下。①扩张血管及降压作用,既可使高血压病人的血压下降,也可使低血压病人的血压上升,有双向调节作用,其降压机制在于阻断M-受体及激动突触前膜α2受体;②降血糖,因人参的多糖A、B、C、D、E均为降糖活性成分;③人参皂苷可降低胆固醇和低密度脂蛋白等;④抗衰老作用,增强机体免疫功能,强心抗疲劳。

(5)淫羊藿　补肾壮阳,祛风除湿。现代药理学研究发现本药作用如下。①扩张外周血管而降压;②降低血胆固醇;③降血糖;④抗衰老和抑制血小板聚集作用。

(6)枸杞子　滋阴补肾,明目润肺。现代药理学研究发现其具有

显著而持久的降压作用，也可降糖、降脂。

(7)何首乌　补肾益精，养血祛风。现代药理学研究发现本药具有降脂、抗动脉硬化、降压、降糖、保肝、延缓衰老等作用。

2.具有降压、降脂作用的单味中药

(1)苦参　清热燥湿，祛风杀虫。苦参可通过阻滞交感神经节的传递而发挥降压作用，同时可降脂，改善血液流变性，利尿，强心，抗心律失常等。

(2)黄芩　清热燥湿，泻火解毒，止血安胎。其黄酮类成分有显著的降脂作用，可降低胆固醇、甘油三酯、血清游离脂肪酸；还有镇静降压作用，对高血压模型动物及正常动物如狗都可降压。此外，还具有抗氧化、抗血栓形成及利尿等作用。

(3)山楂　消食化滞，散瘀止痛。现代药理学研究发现本品作用如下。①降血压，山楂总提取物对兔、猫均有明显降压作用；②降血脂，对乳、幼大白鼠有明显降低胆固醇作用，降低率达30.8%。此外，还有抗心绞痛和强心作用等。

(4)枣仁　养心安神，敛汗补阴。具有降压、降脂、抗血小板凝集作用，实验证明酸枣仁总皂苷能使正常大鼠甘油三酯和低密度脂蛋白降低，而高密度脂蛋白上升。

(5)蒲黄　止血、活血、利尿。可扩血管降压、降脂、抑制动脉硬化斑块的形成，并抗血小板聚集。

(6)冬虫夏草　补肺益肾，止血化痰。对麻醉犬有明显的降压作用，可降低小鼠胆固醇及β-脂蛋白水平。

(7)菊花　疏风清热，平肝明目。具有降压、降脂作用。可以扩张冠状动脉及外周血管，达到降压作用并增加心肌血流量，治疗心绞痛，也可降脂。

(8)银杏叶　活血止痛。可降压，降低胆固醇，升高磷脂，并增加心脑血流量。

3.具有降压、降糖作用的中药

(1)葛根　发表解肌，升阳透疹，解热生津。研究发现本品作用如

下。①葛根煎剂、浸剂及总黄酮都有一定的降压效果，能使自发性高血压大鼠血压降低，并能降低血浆肾素，改善脑循环；扩张冠脉，改善心脏功能；②降低血糖，于用药后4～5小时降低最明显。

（2）黄芪　补气固表，利尿解毒，排脓生肌。本品作用如下。①扩张外周血管、冠状动脉、脑血管、肠血管及肾血管，降低血压，改善微循环；且连续给药无快速耐受性；②改善物质代谢，降低血糖；③增加机体免疫力，有抗衰老作用。

（3）三七　散瘀止血，消肿定痛。本品作用如下。①扩张血管及降压作用，其降压机制为三七皂苷可阻止 Ca^{2+} 内流，同时对血糖有双向调节作用；②还可以降低血液黏稠度，改善血液流变性，抗心律失常等。

（4）白术　补脾益气，燥湿利水。可降压，改善血糖代谢，保肝。

（5）茯苓　利水渗湿，健脾补中，养心安神。有利尿、降压、降糖作用。

（6）刺五加　祛风湿，壮筋骨，养心安神。本品作用如下。①降血压作用，有扩张心脏及外周血管作用，对血压有双向调节作用；②降血糖作用。

（7）玉米须　利水渗湿。现代药理学研究发现，其具有降压、降糖作用。

4.具有降脂、降糖作用的中药

（1）生地　清热凉血，养阴生津。对于糖尿病阴虚火旺有良好治疗作用，还可以降脂。

（2）丹参　活血化瘀，养血安神，凉血消痈。有一定降脂作用，改善血液流变性，并可改善血糖代谢，扩张冠状动脉，改善微循环。

（3）虎杖　利湿退黄，清热解毒，祛痰止咳，活血行瘀。有一定的降脂、降糖效果。

（4）桔梗　祛痰止咳，宣肺利咽。动物实验证明，可降低兔的血糖、血脂水平，且能抑制食物性血糖上升。

（5）桑叶　疏风清热，清肝明目。现代药理学研究发现，其具有降

糖、降脂作用。

(6)玉竹　养阴润肺,益胃生津。现代药理学研究发现,其具有一定降糖、降脂作用,并可扩张血管。

四、韩师治疗代谢综合征的拓展研究

(一)临床研究

韩师认为痰浊、瘀血和内毒互结是经高糖饲料诱导的IR大鼠的中医病机学特点,为了便于找出各指标间的联系,阐述IR大鼠的病机特点及说明四安胶囊的作用机制,我们首先对各指标间的相关系数进行了聚类分析。分析后可以分为三类指标,分别与中医的痰浊、瘀血、内毒有密切的联系。

IR大鼠的瘀血病机主要表现为具有明显的高凝状态及纤溶活性降低,高黏倾向及相应的血压变化。其毒素内停主要表现为葡萄糖毒性和肿瘤坏死因子毒性。其痰浊内停主要表现为糖化血清蛋白含量增多及血清脂质成分的异常等。

初步研究发现四安胶囊可改善患者临床症状,降低血压,改善患者血糖、血脂、血栓素/前列环素、血管紧张素等的水平。其机制主要在于四安胶囊可降低血清胰岛素水平,降低C肽,升高C肽/胰岛素比值,进而改善IR。同时,四安胶囊可通过改善患者血液流变学,降低血液黏度,使红细胞、肝细胞、骨骼肌细胞及脂肪细胞表面的胰岛素受体暴露更多,从而更有利于同胰岛素的结合。

以水蛭为主的化瘀药主要提高肝细胞膜胰岛素受体亲和力K1、K2,对红细胞表面胰岛素受体K1、K2、R1、R2均有显著改善作用。以黄连为主的解毒药物主要对脂肪细胞表面的胰岛素受体K1、K2及红细胞表面K1、R1有显著改善作用。以莱菔子为主的化痰药物对脂肪细胞表面的胰岛素受体K1、K2、R1和R2及肝细胞和骨骼肌细胞表面胰岛素受体R1、R2有显著改善作用。

(二)四安胶囊实验研究

(1)对胰岛素敏感性及相关因素影响　空腹血糖(FBS),胰岛素

(Ins)，Ins/C－肽(C－P)，尿酸(UA)均显著降低，胰岛素敏感指数(ISI)升高。与依那普利组相比，四安胶囊对Ins浓度、Ins/CP及糖化血清蛋白(GSP)的降低作用更为显著。

(2)对血压影响　收缩压(SBP)、舒张压(DBP)和平均血压均显著降低。与依那普利组相比，四安胶囊对SBP、DBP的降压作用稍逊，但两药对脉压差的改善作用均显示不足，分析原因可能为两药对舒张压的降低幅度不够所致。

(3)对血液黏度及凝血纤溶系统等因素的影响　RBC、WBC、HSR、LSR、PRV及Fbg均显著降低，PT、APTT延长。与依那普利组相比，四安胶囊对PT、Fbg的降低作用更为显著，并有显著性差异。四安胶囊使血脂各项指标均有改善，四安胶囊对TG、HDL及血脂指数的改善作用优于依那普利组。

(4)对胰岛素受体的影响　四安胶囊对红细胞胰岛素受体K1、R1的改善作用显著，与依那普利组相比，四安胶囊对K1的改善作用更为显著，并有统计学差异；但对R2稍逊。肝细胞膜胰岛素受体K1、K2、R1均有显著改善；与依那普利组相比，四安胶囊对K1、K2、R1均较优。脂肪细胞膜胰岛素受体K1、K2、R1、R2均有显著改善；与依那普利组相比，四安胶囊对R1、R2的作用优于依那普利组并有显著性差异。

(5)对红细胞膜 $Na^{+}-K^{+}-ATP$ 酶活性的影响　以红细胞膜为代表的膜表面 $Na^{+}-K^{+}-ATP$ 酶活力较前显著提高，逆转了膜内外离子转运功能的下降，使配体与受体结合后细胞内的 Na^{+} 能及时泵出细胞外，K^{+} 及时泵进细胞内，促进其功能的恢复，纠正由此而致的相关病理状态。但其作用强度与依那普利相比较弱，并有显著性差异。

五、代谢综合征的分期分度假说

胰岛素抵抗是一个相对隐匿的病理过程，但随着病程的延长，病理状态的加重，对人体代谢的影响亦更加显著。韩师及课题组通过对

代谢综合征的实验研究发现，胰岛素抵抗不仅存在质的定性，还应该有量的描述；通过系列研究提出如下假说：即胰岛素抵抗存在轻、中、重度区别，有早、中、晚期的变化。

各证型的发生机制和相关指标变化如下：

1. 轻度（1 期） 主要由于饮食不节（过食膏粱厚味，或饥饱失常），导致脾失健运，痰湿内生。或兼气血不行，瘀血阻滞。故本型的主要病机为痰湿内生。

临床观察发现，此时患者多无显著的临床症状，但辅助检查可出现一系列变化，如血糖轻度升高，糖耐量试验异常，糖化血红蛋白轻度升高，胰岛素敏感性下降，受体的亲和力降低，血液黏度升高。此期相当于葡萄糖失敏感性状态。可排除条件：血糖升高至糖尿病水平，血压升高。

2. 中度（2 期） 在上期基础上，由于饮食未有效控制或失治、误治，内生之痰湿不能排除，导致经脉气血不能运行，客于脉中则气不通，客于脉外则血寒，故可出现瘀血内阻之征。同时由于痰浊进一步阻滞，浊阴不降，可成为内毒。故本型的主要病机为痰浊、瘀血、内毒互结。

临床研究发现，患者多出现明显的临床症状，如头昏、头痛、眩晕、手麻、肢软或兼体胖、神倦等。辅助检查可出现下列变化：血糖明显升高，糖化血清蛋白升高，胰岛素敏感性下降，胰岛素受体的亲和力明显降低，亲和位点减少，血清 Ins 水平升高，血液黏度及凝聚性增加，纤溶酶活性下降，脂质代谢紊乱，血压升高，肿瘤坏死因子及血尿酸等升高，此期相当于葡萄糖毒性期。可排除条件：严重血管神经病变或心脑肾损害。

3. 重度（3 期） 由于痰浊、瘀血、内毒互结的进一步发展，或治疗无效或失治、误治，一方面瘀血阻滞更为严重；另一方面，内毒的长期存在对多脏腑造成损害，出现功能受损状态，经脉之气益加阻滞不行，虚实夹杂，此谓久病必虚，久病必瘀，久病入络。

临床研究发现，在前期症状基础上，此时患者多有明显脏器受损

征象，如神经系统可出现中风、昏迷；循环系统可出现坏疽、心慌、胸闷、心前区疼痛；代谢系统可出现肾功能障碍。辅助检查可出现下列变化：血糖重度升高，胰岛素敏感性下降，胰岛素受体的亲和力明显降低，亲和位点减少，血清胰岛素水平降低，C 肽分泌减少，血液黏度及凝聚性显著增加，血栓形成或倾向，纤溶酶活性下降，血压升高或下降，血尿酸升高及肾功能下降，心肌缺血等。此期相当于多器官系统功能损害期。

对 MS 如此分期将非常有助于了解病情的程度，有助于判断预后。而且中医分度与西医分期之间存在密切相关性，相互结合应用可达到统一。

六、结语评析

中西医结合的基础研究已证实，痰浊和瘀血均为脏腑功能失调的病理产物，但一旦在体内产生后，又能直接或间接的作用于机体的某些部位，引起脏腑、组织新的病理改变，形成各种不同的病证。韩师认为，在代谢综合征的演变过程中，痰瘀阻滞、内毒停留是各种变证（如高血压、糖尿病、心绞痛、冠心病、中风等）发生、发展的关键环节，化痰祛瘀解毒是治疗代谢综合征主要的中医治疗原则，而黄连、水蛭、莱菔子等为代表的中药是治疗代谢综合征的有效药物，其组方四安胶囊有改善代谢综合征多种功能紊乱的综合调治作用。

（梁兴伦　商红芳　张念志）

论治老年性痴呆重在扶正、化痰、祛瘀

老年性痴呆，亦称阿尔茨海默病（Alzheimer's disease，AD），是老年神经系统退行性疾病。65岁以上的老年人患病率可达5%，且随着年龄增长，老年性痴呆的发病率明显上升，并已成为老年人死亡的第四位原因。随着我国人口老龄化趋势的加速，防治老年性痴呆已刻不容缓。但迄今为止，西医尚无有效方法阻止本病的病情发展。而中医中药具有悠久的历史、博大精深的理论和数千年临床实践积累下来的经验，是中医药防治老年性痴呆的巨大资源和宝贵财富。

一、韩师多从扶正、化痰、祛瘀论治老年性痴呆

（一）脾肾亏虚是老年性痴呆产生的基础

在老年性痴呆的发病中，韩师十分强调以脾肾亏虚为主的五脏虚衰是其发病的内在病机。《素问·阴阳应象大论》云："年过四十，阴气自半。"从脾主运化、主统摄、主气机升降出入角度看，脾虚主要责之气虚，而肾虽有肾阴肾阳之别，然由于阴精是物质基础，各种阳虚之表现，归根到底均是阴精不足之结果。阴精是阳气产生的根源。从某种意义上讲，补阳仅是治标，补阴则是治本。在脾肾两虚中由于肾虚是人体衰老性变化的普遍规律，是不可避免的，而肾为先天之本，脾为后天之本，故脾肾之虚损会动摇其根本，导致髓海空虚而发痴呆。

老年性痴呆患者临床主要有记忆力减退、认知下降、行为改变、情感障碍等脑功能障碍表现。起病缓慢，久渐成病，病位在脑，为神志病变。中医对脑的认识溯源较早，在远古时代，中医对脑就有一定的认识，到《内经》成书后，对脑的部位、功能等有了明确概念。如《灵枢·海论》曰："脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府。"《素问·五藏生成》谓"诸髓者，皆属于脑"。并将脑和神联系在一起。如《素问·脉要精微论》所谓"头者，精明之府"。《内经》将神分属五脏，称为五脏神，由心统之，如《素问·宣明五气篇》云："五藏所藏，心藏神、肺藏魄、肝

藏魂、脾藏意、肾藏志。"并对五神做出确切阐释,如《灵枢·本神》:"两精相搏谓之神,随神往来者谓之魂,并精出入者谓之魄,所以任物者谓之心,心有所忆谓之意,意之所存谓之志,因虑而存变谓之思,因思而远慕谓之虑,因虑而处物谓之智。"脏象学说还将脑的功能归于心。汉代张仲景在《金匮玉函经·卷一》指出:"头者,身之元首,人神所注。"宋代陈无择在所著《三因极一病证方论·头痛证治》中亦谓:"头者,诸阳之会,上丹产生泥丸宫,百神所聚。"对脑的功能认识则较前更进一步。明代李时珍在《本草纲目·辛夷》条中首次提出"脑为元神之府",有人认为是首开脑主记忆思维的先河。清代汪昂在《本草备要·辛夷》中更明确指出脑与思维关系,谓"人之记性,皆在脑中,小儿善忘者,脑未满也;老人渐忘者,脑渐空也……令人每记忆往事,必闭目上瞪而思索之,此即凝神于脑之意也"。到了王清任,对脑的认识更加全面,他不仅阐明了脑与记忆、听觉、嗅觉、视觉、语言等的关系,如《医林改错·脑髓说》云:"灵机记性在脑者……脑气与耳窍之气不相接,故耳虚聋……两目即脑汁所生,两目系如线,长于脑,所见之物归于脑……鼻通于脑,所闻香臭归于脑……看小儿初生时,脑未全,囟门软,目不灵动,耳不知听,鼻不知闻,舌不言。至周岁,脑渐生,囟门渐长,耳稍知听,目稍有灵动,鼻微知香臭,舌能言一二字……"而且指出脑病病机为"脑气虚,脑缩小",对后世影响较大。由此而来,脑主神明的脑神学说渐为大家接受。其中脑之形为髓,脑之用为神,在脑髓与神的产生过程中,虽然涉及五脏,但脾肾两脏之作用当推首功。

脾肾和脑髓、神的关系在五脏之中凸显出来。脾为后天之本,气血生化之源,乃津液输布、气机升降之枢。正如《素问·经脉别论》指出脾之散精功能,谓:"食气入胃,散精于肝,淫气于筋。食气入胃,浊气归心,淫精于脉。脉气流经,经气归于肺,肺朝百脉,输精于皮毛、毛脉合精,行气与府,府精神明,留于四藏。""饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水经四布,五经并行。"《灵枢·营卫生会》亦曰:"人受气于谷,谷入于胃,以传于肺,五脏六腑,皆以受气,其清者为营,浊者为卫,营在脉中,卫在脉外。"《灵

枢·五隆津液别》更进一步指出水谷精微是脑髓化生的重要来源，“五谷之津液，和合而为膏者，内渗于骨空，补益脑髓而下流于阴股。”《医林改错》也指出了脑髓来源于饮食气血所化精汁，如“因饮食生气血，长肌肉，精汁之清者，化而为髓，由脊骨上行入脑，名曰脑髓。”《灵枢·平人绝谷》认为神亦来源于水谷精气，如“故神者，水谷之精气也”。而神也产生于津液，津液又来源于水谷之精气，如《灵枢·决气》曰：“谷入气满，淖泽注于骨，骨属屈伸，泄泽补益脑髓，皮肤润泽，是谓液。”《灵枢·口问》：“液者，所以灌精而濡空窍者也。”表明水谷之津液，流行于周身，除一部分入脉化血外，另一部分入骨为精。而精血均可化生脑髓，并为神的物质基础，故精血、津液在全身输布运行，滋养各脏腑组织器官，使其产生生命活动，是谓之神。脾胃功能在人体生命活动中的重要作用在《景岳全书》中也有较详细的论述：“盖人之始生，本乎精血之源；人之既生，由于水谷之养。非精血，无以立形体之基；非水谷，无以成形体之壮。是以水谷之海本赖先天为之主，而精血之海又必赖后天之资。故人之自生至老，凡先天之有不足者，但得后天培养之力，则补天之功亦居其强半，此脾胃之气所关于人生者不小……故人自有生以后，无非后天为之用，而形色动定，一无胃气之不可。”

《素问·阴阳应象大论》说：“在脏为脾……在志为思。”指出了人的精神、意识、思维活动与脾密切相关。主要表现在以下几方面：①表现在结构方面，通过络脉相连而相互影响，如“思出于心而脾应之”，脾与胃以筋膜相连，而胃之大络与心直接沟通，如《素问·平人气象论》所言“胃之大络，名曰虚里，贯两络肺，出于左乳下，其动应衣……”以胃络虚里（心尖搏动之处）关系将脾与心在结构上相连。②在功能上，脾在志为思，是五脏神之一，思发于脾而成于心（脑），五脏之神变，统归于心而出乎脑，故“脑为元神之府”，五神与脑关系密切，只有脑灵，才能神旺其间。故脾胃参与神志活动的调节，是维持人体正常神志活动不可缺少的重要条件。现代研究证实，脾胃是一个多元功能单位，包括神经系统的部位功能，一些原本在消化道内发现的肽类物质在中枢神经系统同样被发现，反之亦然，表明两者内部存在某种特殊联系。

临床研究发现，一些调理脾胃的药物同时可以调节中枢神经系统的功能，如半夏秫米汤治疗“胃不和则卧不安”之不寐证，确有良效。显然，脾胃具有调整机体神志活动的作用。③脾胃化生之气血是神志活动的物质基础。《灵枢·小针解》谓：“神者，正气也。”《脾胃论·箴言》云：“气乃神之祖……气者，精神之根蒂也……”神寓于气，气以化神，气帅血在经脉中运行，以畅达血气濡养脏腑，鼓血达巅，神明得养，故气足则神旺，气衰则神病，气尽则神亡。杨上善在《太素·营卫气》注：“血者，神明之气”，水谷精微所化生之血气在经脉中流行，循环周身，滋养脏腑，四肢九窍，直接将血气等营养物质供脑利用，使脑有充分的能量供应，保证脑功能的正常发挥。同时血可化精入肾，精生髓通脑，通过肾精化髓入脑而间接发挥其养神荣脑之作用。故《素问·八正神明论》有言：“血气者，人之神不可不谨养。”因此，气血是脑神物质基础，气血充足与运行正常与否，和脾胃功能息息相关。④脾胃居中焦，上及心，下达肾，为人体气机升降之枢纽。《素问·六微旨大论》论述气机“非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有。”脾主升，胃主降，肝之升发，肺之宣肃，肾之纳气以及心火下降，肾水上升，均由脾胃升降功能所主导，维持并调节着这些方向相反的矛盾运动，使机体稳定在一个气机升降、脏腑功能协调有序的平衡状态。而脾胃化生之气血也有赖于其气机的升降运动，才能保持正常的运行和施布，否则脾气不足，升降失调，则水津不布、血流不畅而生痰浊、瘀血，或脾气固摄无权，血溢脉外而离经，也可出现血瘀之证，或致脑髓失养或致清窍闭阻而引起神志改变。在脾胃的升降调节中，对津液代谢的调节也是其重要的方面。津液是人体内除血液、精液而外的一切正常液体物质，可变血、补精、化气，濡养脏腑，滑利关节，濡润空窍，而调畅神志。津液的上升和下降，洒陈和布散，均与脾胃气机升降出入有关。

肾为先天之本，藏先天之精及五脏六腑之精华，肾精为生命之基本物质，内寓元阴元阳。元阴为滋养形体之精、血、津液，乃诸阴之本；元阳为脏腑生化之源，是一身阳气之根。“肾者……纳气、收血、化精，

而为封藏之本”(《医学入门》),“肾乃精血之海”(《景岳全书》),精血生髓养脑,“脑为髓海”,故脑与肾的关系十分密切。首先,脑的形成始于胚胎,由先天之精化生而成,如《灵枢·经脉》篇云:“人始生,先成精,精成,则脑髓生。”男精母血,相合而凝成胚胎。故大脑既由先天之精而来,也赖禀受父母之先天之精作为物质基础聚合而成。正如《素问·金匮真言论》所说:“夫精者,身之本也。”其次,脑来源于后天肾精,五脏六腑之精气皆归于肾而藏之,通过督脉灌输、滋养、濡润脑髓,而发挥其生理功能。早在《内经》中就明确指出脑和后天肾精的关系,如《素问·上古天真论》云:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之”“五脏六腑之精气皆上注于目……而与脉并为系,上属脑”(《灵枢·大惑论》),“脑为髓之海”(《灵枢·海论》)。在病理状态下,若“肾不生,则髓不能满”(《素问·逆调论》),“肾为肝之母,主藏精,精虚则脑海空虚而头重”(《医学从众录》),并可出现精神委靡,头晕目眩,沉默少言,记忆力差,反应迟钝,淡漠嗜睡等症状。再次,由于神的产生离不开精,如《灵枢·本神》曰:“故生之来,谓之精,两精相搏谓之神。”而精由髓所化生,故精气充足与否和神的关系十分密切,因此精充髓满则神旺,精盛髓足则神灵。若肾中精气不足,则脑无所养,神无所生,而出现脑空神滞,神明无主,病发痴呆。

肾为“作强之官,伎巧出焉”,主管细微、精巧之活动。其意表明人的动作精巧灵活,与肾中精气是否充沛,脑髓能否得到丰富的滋养关系密切。如肾气充足,则髓满神旺,筋强有力;否则肾中精气亏虚,髓消神呆,动作迟钝,愚笨弛软。肾藏志,是五脏神之一,和其他四神共同参与调节人的精神、意识、思维活动。《灵枢·本神》云:“心有所忆谓之意,意之所存谓之志。”《灵枢·本藏》云:“志意者,所以御精神,收魂魄,适寒温,和喜怒也。”故肾精充盈则志气旺,若“肾精不足,则志气衰,不能上通……故迷惑善忘也”(《医方集解》)。《素问·逆调论》云:“肾者,水脏,主津液。”说明肾有主宰体内水液代谢之作用,水液之代谢虽由肺之通调,脾之转输等完成,但也离不开肾的蒸腾气化。其气化功能正常,则将其清者“和而为膏,内渗于骨空,补益脑髓”(《灵枢·

五脏津液别》),使脑发挥“精明之府”作用。若“肾阳虚弱,不能蒸腾气化水液,肾气虚弱,开合失司,气化不利,则水液泛溢为痰”(《石室秘录》),痰液无处不到,阻塞脑窍,窍闭神呆。

中医认为除人的生命起源于肾,人的生长发育的动力来源于肾之外,人的衰老成因亦归于肾。诚如《素问·上古天真论》所言:“女子……五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕……七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。丈夫……五八,肾气衰,发坠齿槁……七八,肝气衰,筋不能动,天癸竭,精少肾脏衰,形体皆极;八八,则齿发去。”“肾主智,肾虚则智不足”(《医学心悟》)。“肾者,精之舍,性命之根……肾气绝,则不尽其天年而死也。”《灵枢·天年》篇中以人生十年为一阶段,系统论述五脏衰老:“人生十岁,五脏始定……四十岁,五脏六腑十二经脉,皆大盛以平定,腠理始疏,荣华颓落,发颇斑白,平盛不摇,故好坐;五十岁,肝气始衰,肝叶始薄……六十岁,心气始衰……七十岁,脾气虚……八十岁,肺气衰……九十岁,肾气焦……百岁,五脏皆虚,神气皆去,形骸独居而终矣。”从中不难看出,肾虚是衰老的主因,他脏之衰及其形体之征象皆与肾虚有关。故肾虚是老人生理特征的重要标志,是导致患老年性疾病的重要因素。

脾为后天之本,气血生化之源,五脏六腑均赖此不断运化精微营养,故《素问·玉机真脏论》指出:“五脏者,皆禀气于胃,胃者,五脏之本也”“内伤脾胃、百病由生”(《脾胃论》),而“善养脾胃之道,所以便能致寿”(《景岳全书》)。若年老体弱,或饮食失调,或思虑过度,或劳倦伤脾等均可损伤脾胃,致气血无源、津液亏乏。上气不足则清阳之气无以养脑,“脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩”(《灵枢·口问》),“气未足而头痛昏睡”(《医林改错》)。血虚营亏则不能荣养脑髓脉络,故可出现神疲懒言,头晕目眩,记忆力减退,精神恍惚甚至失眠心烦,喜笑无常等。《景岳全书》所称:“劳倦思虑太过者,必致血液耗亡,神魂无主。”津液乏脱则脑髓失养,可见形体消瘦,腰酸耳鸣,关节屈伸不利,痴呆等症,亦如《灵枢·决气》中言:“津脱者,腠理开,汗大泄;液脱者,骨属屈伸不利,色夭,脑髓消,胫酸,耳数鸣。”若脾

胃升降出入失枢，清气不升，浊气不降，反逆走于上，蒙闭清窍，浊邪害清，可致神志异常，表现为易怒心烦，狂乱不已，打人毁物，不避亲疏，头晕善忘等症。若脾气不足，推血无力或脾胃升降失常，气血津液不得布散洒陈，停而为瘀，留着为痰，出现在脾虚基础上的痰浊血瘀证，临证时不能不辨。但须注意，脾虚为其本，痰瘀是其标，不可混淆颠倒。

肾为先天之本，贮藏精气，宜封藏，不宜泄露，故肾病最易耗损精气。精气一虚，不能升越通脑，脑髓渐消，神明无主而出现一系列脑功能减退征象，如智力障碍、失用、失认、精神呆钝、动作迟缓、头晕耳鸣等。又肾精能化生血液，而精血同源，精血充足则能滋养脑髓，维持正常脑功能；若精血亏虚，髓海失充，脑神不荣，亦可发为痴呆等症，正如《医林改错》言："年高无记性者，脑髓渐空也。"此外，年老体衰，五脏损伤，穷必及肾，均可致肾阳亏虚，阳不蒸腾气化，津液亏乏，不能上濡脑髓，脑髓枯萎，神明失用，五神失司，或肾阳不足，不能化水，水停体内而为痰浊，阻痹脑络，清窍被遏，而致神情呆钝，迷惑善忘。肾阴为一身阴液之根本，若肾阴亏耗，精属阴类，则阴精不足，无以养髓，脑髓失养，髓海不充，而神志失聪。或阴虚血少，血脉不充，脉道滞涩，瘀血丛生，阻滞脑络，亦可发为痴呆。

从上可知，脾和肾两脏与脑和神明的关系十分密切。脾为后天之本，气血生化之源，为升降出入之枢；肾为先天之本，藏精生髓通脑。脾主意，肾主志，脾所化生后天之精，水谷精微需要先天肾精的活力资助，而先天肾精必赖后天水谷之精的源源不断地滋养才能生生不息，生化无穷，此所谓"水谷之海，本赖先天为之主""精血之海，又必赖后天为之资"。这种生理上的紧密联系，在病理上也表现得十分突出。脾胃之强弱，必然影响到肾精之盈亏；反过来，肾阳之虚衰，必然导致脾阳之不足，运化失健。肾阴之亏耗，又可致脾胃之阴虚而出现腹胀纳差等症，最终均可导致精血不足，脑髓失充，髓海不足，神明失用。

（二）痰瘀交结，阻滞脑络是老年性痴呆的主要病理因素

久病必虚，虚久必瘀。韩师认为瘀滞痰阻、蒙蔽脑窍等在正虚基

础上的邪实是老年性痴呆发生的关键环节。

痰浊既是病理产物，又是致病因素。痰浊的发生与脏腑自身功能低下有关，尤其关乎脾肾两脏，这在老年性痴呆患者中表现得更为明显。脾胃为气血生化之源，主运水谷津液，是人体升降出入的枢纽。人到老年，“阳明脉衰”，脾胃虚弱，不能“溢精”“散精”，水谷津液聚而成痰，或流注于血脉，或走注于经隧，或充塞蒙闭于清窍，而有“脾为生痰之源”之说。肾阳亏虚，不能蒸腾气化，水津不布而生痰浊，如《类证治裁》所言：“若肾阳虚，火不制水，水泛为痰，为饮逆上攻，清而澈。”或火不暖土，脾运失职而致痰聚，若肾阴亏虚，阴虚火动，炼津为痰。故张景岳说：“盖痰即水也，其本在肾，其标在脾。在肾者，以水不归源，水泛为痰也。在脾者，以饮食不化，土不制水也。”《石室秘录》则明确指出痰与痴呆间的关系：“呆病……虽有祟凭之，实亦胸腹之中，无非痰气……痰气最盛，呆气最深”“治呆之奇法，治痰即治呆也。”《医林绳墨》也谓：“有问事不知首尾，作事忽略而不记者，此因痰迷心窍也，宜当清痰理气；而问对可答，用之牛黄清心丸……若痴若愚，健忘而不知事体者，宜以开导其痰，用之黄连二陈汤。”现已证实，几乎所有的神志病变皆有痰浊因素为患，故“百病皆由痰作祟”“怪病多因于痰”。张锡纯指出：“痰火上泛，瘀塞心与脑相连窍络，以致心脑不通，神明昏乱。”痰浊蒙蔽清窍，元神失聪，则灵机、记忆皆失而发呆证。现代衰老流行病学调查和临床老年性痴呆的治疗均显示，痰浊是大脑功能老化乃至痴呆发生的重要因素。

瘀血的产生也与衰老有密切的关系，故有“老人多虚多瘀”之说。血行脉中，有濡养之功，循行周身，如环无端，以通为用，以和为贵。故《景岳全书》谓：“血液灌溉一身，无所不及，故凡为口窍之灵，为四肢之用，为筋骨之和柔，为肌肉之丰盛，以至滋脏腑，安神魂，润颜色，充营卫，津液得以通利，二阴得以调畅。凡形质所生，无非血之用也，是以人有此形惟赖此血。”《医学真传》云：“人之一身皆气血之所循行，气非血不和，血非气不运，故曰气主煦之，血主濡之，气与血无处不有。”若年老体弱，正气不足，脾肾亏虚，脾虚则气血无源，气虚血少，“气虚不

足推血，则血必有瘀”(《读医随笔》)，血少脉道枯涩亦可致瘀。脾气亏虚，失却统血、裹血之职，血溢脉外，离经而居，亦为瘀血。肾精不足，肾之阳气虚衰，阳虚则寒，寒凝则血泣而为瘀；无力推动，激发脏气，“元气既虚，必不能达血管，血管无气，必停而为瘀”(《医林改错》)；或精不生血，脉道不充，血不流畅，血府涩滞亦可致瘀，故脏气虚衰，脾肾亏虚，均可致血行不畅，瘀阻脑络，令人善忘。唐容川《血证论》谓：“又凡心有瘀血，亦令健忘……血在上，则浊蔽而不明矣。凡失血家猝得健忘者，每有瘀血。”道出了瘀血阻蔽脑络是脑功能障碍发生的重要原因。现代研究证实血瘀的发生率与增龄呈显著正相关。活血化瘀方药有显著改善脑老化和抗痴呆的作用。

痰浊与瘀血形成之后，常交结为患，互为因果，继而出现更为复杂的病理变化，导致病情加重，缠绵难愈。痰浊、瘀血同出一源，痰来自津，瘀来自血，瘀血内留，着而不去常可生痰；如《诸病源候论·诸痰候》云：“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水积聚而不消散，故成痰也。”而瘀血积久，亦可致瘀，唐容川《血证论》亦云：“须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血，则痰水自消。”此外，痰、瘀在一定条件下可相互转化，如赵献可《医贯》谓：“痰也、血也、水也，一物也。”唐容川《血证论》曰：“血积既久，亦能化为痰水。”痰瘀同病，“痰挟瘀血，遂成窠囊”(《丹溪心法》)。痰瘀交结，阻碍气机，致升降失常，复生痰瘀，阻碍清阳，使清阳不升，元神之府失养，或痰瘀直留脑髓，或阻塞清窍或损髓伤神，均可致愚笨迷惑，呆傻善忘之证。现代医学认为，老年性痴呆患者脑内出现老年斑(其核心成分是β-淀粉样蛋白)和神经原纤维缠结等典型的病理改变，按中医传统理论进行取类比象，则和痰瘀交阻脑窍的痰痞十分相像，从微观辨证的角度证实老年性痴呆痰瘀交结为患的存在及正确性。

综上所述，韩师认为，正气虚弱是导致老年性痴呆的主要原因，是矛盾的主要方面，但虚久必瘀，瘀滞痰阻、蒙闭脑窍等在正虚基础上的邪实是老年性痴呆发生的关键环节。本病病位在脑，为虚实夹杂之证，正虚虽牵及五脏，但主要责之脾肾，病机涉及气血阴阳诸方面，但

关键在于(脾)气,(肾)阴(精)两端,脾肾亏虚,气阴(精)不足,痰瘀内阻,杂居清窍,脑神失运促进了老年性痴呆的发生、发展。由于在老年人中,肾虚是不可避免的迟早要发生的自然现象,肾虚特别是肾阴(精)亏损一旦发生,其他脏腑虚衰也将相继发生。因脾为后天之本,肾为先天之本,故脾肾两脏虚衰,会使机体根本动摇,脑髓失养,清窍失灵,而致精神神志异常而引发痴呆。脾肾亏虚可因虚致实而出现痰瘀内阻,脑窍被蒙,神机不运,而致神情呆钝,遇事善忘。总之本病的正虚为本,邪实为标,正虚日久,常因虚致实,实邪产生日久不去,则又可因实致虚,重伤正气,以致虚者愈虚,实者愈实,症情渐趋复杂,缠绵难疗。

(三)韩师治疗老年性痴呆的代表方

韩师认为老年性痴呆虽然由五脏虚衰,脾肾亏虚,气阴不足造成,但由于其出现是在衰老的基础上,故难以速转,补益的重点在调整气(血)阴(阳),使之在不同的层次上达到平衡。通过调补脾肾,使气、血、阴精旺盛,髓海得充,脑神得养。若动辄壮阳或过投血肉有情之品,恐虚证未去又添壅滞或见"虚不受补"之况。由于本病为虚实夹杂之证,祛邪是必用之法,临证时须祛邪得当,勿损伤正气,同时注意补益不留邪。韩师认为,脾肾亏虚,气阴不足,痰瘀交阻,蒙蔽清窍是老年性痴呆的基本病理,也是临床治疗的关键所在,并立意遣方组成智脑胶囊。

智脑胶囊是韩师经验方,专为本病之痰瘀阻窍而设,能健脾益肾,益气养阴,豁痰祛瘀,开窍健脑,为标本兼治之方,由党参、黄精、石菖蒲、川芎等药组成。方中重用党参补脾益胃,健运中气,以补先天。《本草正义》赞之曰:"党参,尤为可贵者,则健脾运而不燥,滋胃阴而不湿,润肺而不犯寒凉,养血而不偏滋腻,鼓舞清阳,振动中气而无刚燥之弊……尤为得中和之正,宜乎五脏交受其养,而无往不宜也。"黄精,补精气、壮筋骨以滋后天,入肾、脾、肺诸经。得党参、石菖蒲祛其滋腻之性,又无助痰生湿之虞,党参、黄精两者一补脾一健肾,一补气一养阴,刚柔相济,为治脾肾气阴两虚之要药;石菖蒲能"舒心气,畅心神,

怡心情，益心志”(《香庆堂随笔》)，并可“开心孔、通九窍、明耳目、出声音，总取辛温利窍之力”(《本经适源》)，为治痰蒙清窍之首品，投之则窍通，窍通则痰化；川芎，味辛，但能上行而不下守，“为血中之气药”(《本草纲目》)而行气活血。菖蒲配川芎，一豁痰，一化瘀，能使窍开瘀散痰消，神志复聪，且川芎善行气血，轻清上逸，引药力上行高巅，导他药直达病所，功专力宏，为脑病常用之引经药。其他药物也以上述病机为轴心进行配伍。诸药合用，补虚祛邪、标本同治，补虚不留邪，祛邪不伤正。组方严谨，遣药精当，立意深明，体现了导师治疗本病之特色和经验。故用之临床，常有效验。其中所用开窍和引经药是老年性痴呆治疗用药中的一大特色。

二、老年性痴呆治在扶正、化痰、祛瘀的理论背景

阿尔茨海默病(Alzheimer's，老年性痴呆)是以大脑皮质后天获得性的高级功能的全面损害，出现记忆、感觉、运动、语言等功能的慢性进行性障碍为特征的一种神经变性病。中医虽无老年性痴呆之病名，但类似临床表现和相关病名早有记载。先秦时期的《左传》提出了“白痴”病名，其中有“不慧，盖世所谓白痴”之语，对白痴临床表现作了很明确的描述。《内经》对本病虽有论述，但仅涉及与痴呆有关的症状及病机，如《灵枢·海论》曰：“髓海不足，脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”，但未提出确定的病名。首倡“痴呆”之病名者，当推汉代华佗(《华佗神医秘传》)。明代张景岳在《景岳全书·杂证谟》中亦提出了“痴呆证”病名，并详细论述了其临床表现及治疗、预后情况，如“痴呆证，凡平素无痰而或以郁结，或以不遂，或以思虑，或以疑虑，或以惊恐而渐致痴呆，言辞颠倒，举动不经，或多汗，或善愁，其证则千奇万怪，无所不至，脉必或弦、或数、或大、或小、变易不常……悉宜服蛮煎治之，最稳最妙……然此证有可愈者，有不愈者，亦在乎胃气、元气之强弱，待时而复，非可急也”。至于变证，也提出相应治法，如“凡此诸证，若以大惊卒恐，一时偶伤心胆而致失神昏乱者，此当以速扶正气为主，宜七福饮或大补元煎主之”。至此，祖国医学对痴呆证病名及相

关理论有了一个大致框架。清代陈士铎著《辨证录》和《石室秘录》二书，专立呆病门，颇多阐发有关呆病的病因病机、临床表现、治法方药及用药特色，至今对临床仍有指导作用。

（一）病因研究

脑位于头颅之内，居天阳之位，脑为髓海，喜盈恶亏、藏精气而不泻，喜静而恶躁；头为诸阳之会，六腑清阳之气，五脏精气之血，皆会于头，其性纯正，不能容邪。故脏腑调和，阴阳平衡，气血充足，则精气旺盛，补养脑髓，脑得髓养而神明正常。若各种原因造成脏腑功能失调，气血不能化生，肾精得不到充养而不滋脑髓，脑髓失养，神明失用或因虚致实，痰瘀阻塞，灵窍不通，髓不得充，神不得养，从而出现思维、记忆、情感、认识、运动等功能失调而引发本病。韩师认为老年性痴呆发病的主要病因有如下几个：

1. 禀赋不足　家族性痴呆者，多与先天禀赋不足有关。《灵枢·经脉》曰："人始生，先成精。"《灵枢·决气》曰："两精相搏，合而成形，常先身生。"《灵枢·本神》曰："生之来，谓之精。"均突出强调先天之精产生生命，形成胚胎，构成人体的重要作用。若父母交媾之精不充；或父母双亲患本病或孕育之后，失于调摄，纵欲嗜酒，乱服药石，损伤胎气；或出生之后，疏于营养，气血不充，肾精不足，不能生髓通脑，以致脑海不充，神明失用而致痴呆。

2. 年老体衰　本病多见中老年或素体亏虚者，因其脏腑虚衰，尤以肾精不足为要。如《素问·上古天真论》云："丈夫……五八，肾气衰，发坠齿槁……七八，肝气衰，筋不能动……八八，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，则齿发去。"若肾中精气充沛，则能藏精主骨，生髓荣脑，神明聪颖，识记有加。若年事已高，肾精不足，或久病不愈，必损及肾，肾阳不足，阳不化气，气不生精，或肾阴亏乏，阴精不藏，精不通髓，髓不充脑，髓海不足，则神明失聪而致迷惑善忘。此即《医林改错·脑髓说》所谓："高年无记性者，脑髓渐消也。"

3. 饮食失调　过食肥甘或饮食不节，损伤脾胃，运化失职则湿聚成痰，痰浊内生，上蒙脑窍；或气血生化乏源，气虚血少，精气不足，脑

髓失养，神明失用；或饮食偏嗜，或水质有异，致使某些物质（如铝等）长期摄入，损伤脑髓而致呆笨愚傻。

4. 情志不畅　《景岳全书·杂证谟》云："痴呆证，凡平素无痰而或以郁结，或以不遂……而渐至痴呆。"《辨证录·呆病门》亦指出本病"起于肝气之郁"，大凡年老闲居者，常孤独寂寞；或性情孤僻，多疑善虑；或忿恚恼怒，藏埋不泄；或所欲之事，不能随愿，致肝气不舒，气机郁结，血脉瘀阻；或忧思过度，耗伤心脾，气血亏虚；或卒受惊恐，损肾及精，日久均可发为痴呆。

5. 中毒和外伤　长期多途径接触有害物质如铅、铝等，蓄积体内，伤损脑髓，或外力所伤脑髓受害，以致脑髓消少而成为呆证。

以上病因，既可单独为患，亦可相兼为害，临证之时，不能不辨，其中年老体衰是其发病之根本。

（二）病机分析

中医学认为，老年性痴呆总以正虚邪实、虚实夹杂为病机主线。正虚包括阴阳气血亏虚，其中以气阴两虚为主，余为血虚、阳虚；邪实涉及痰浊、血瘀、气郁，而以痰浊、血瘀最为常见。其发病与五脏相关，其中肾、脾、心、肝最为密切。

1. 脾气亏虚　《素问·阴阳应象大论》谓："在脏为脾……在志为思"，指出人的思维、意识活动与脾有关。主要表现在以下几个方面：《灵枢·天年篇》指出人进入老年期后，机体发生衰退性变化，其中论及"五十岁，肝气始衰……七十岁，脾气虚，皮肤枯"。《景岳全书》认为"思虑伤脾，运化失常，胸脘滞塞甚至神情呆滞，意识不清。"脾为后天之本，在五脏六腑中占有重要地位，脾主运化水谷精微，通过胃受纳腐熟饮食水谷，化生为气血津液，上输心肺，借助宗气作用布散周身，上至头目，旁达四肢，内至脏腑，外及皮毛，无处不到，五脏六腑，四肢百骸皆赖此营养。故《素问·玉机真藏论》曰："五脏者，皆禀气于胃。胃者，五脏之本也。"而《脾胃论》曰："内伤脾胃，百病由生。"若饮食不节，或过食肥甘酒醴，或药物误治，损伤脾胃，或思虑过度，劳伤心脾等可致气血化源不足，清阳不升则脑窍不清，后天之精亏乏，难以滋养补充

肾精而上荣于脑，则脑髓失养；或水谷精微生化失常，聚生痰浊。如清代冯兆张《锦囊秘录·痰饮大小总论合参》所云："惟脾虚不能散精于肺，不输水道，则清者难升，浊者难降，留滞于膈，瘀而成痰。"痰留体内，蒙蔽清窍；或气虚推血无力，血瘀脉道，痰瘀交阻，滞于脑络，均可引发痴呆。现代研究脾虚证时，发现老年人极易出现脾虚症状。许多文献报道了补脾益气药如党参、黄芪、人参、灵芝、绞股蓝、白术等具有增智强记之功用，从另一个侧面反证了脾气亏虚是老年性痴呆的主要病机。

2. 肾精不足　肾为先天之本，生命之源。肾主藏精，主骨生髓，上通于脑，故《灵枢·海论》谓："脑为髓海""髓海有余，则轻劲有力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"然髓海的充实亦离不开肾精的滋养、濡润。精足则令人能力坚强，智慧灵活。若年老体衰，精虚血少，髓海不充，神明失养，则灵机不用而发本病。故金希云曰："人之灵机记忆皆在于脑，小儿精少脑未满，老人精虚脑渐空，故记性皆少。脑原于肾，非明证乎？"《医方集解·补养之剂》亦指出："肾精不足，则志气衰，不能上通于心，故迷惑善忘也。"有学者对1996年和1997年发表的与老年性痴呆有关的437篇论文进行分析，发现：在中医临床治疗老年性痴呆和疗效的观察的论文中，大多数医家将肾亏与痴呆的关系放在重要地位，组方上多以补肾活血法或补肾活血、化瘀祛痰法来救治病人。肾为先天之本，主藏精，主骨生髓，与遗传特性亦密切相关。肾虚与遗传基因的调控紊乱也有一定关系，这和老年性痴呆的发病有一定的家族性分布相似。此外，在老年肾虚者中大多出现脑功能下降，大脑神经细胞减少，递质含量及递质受体数量均下降，体内自由基水平及其过氧化物随年龄而积聚增多，而抗自由基损伤物质SOD活性下降，脑组织单胺氧化酶（MAO－B）升高，脑组织蛋白质、核酸合成代谢降低等与老年性痴呆的现代研究相一致，均显示出肾精不足是老年性痴呆发病的重要的基础原因之一。

3. 痰浊蒙窍　痰浊蒙窍是老年性痴呆常见的标实之证已得到普遍认同。痰浊的发生，究其原因，虽与诸病因、诸脏腑有关，但其根源

在脾肾。《素问·经脉别论》云："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。"阐明了水谷津液正常代谢之途径。明代张景岳强调脾在痰浊生成的作用时指出："非风之多痰，悉由中虚而然""而痰浊之作必由元气之病""痰饮之化，本因水谷，果使脾强胃健如少壮者流，则随食随化，皆成血气，焉得留而为痰，惟其不能尽化，而十留一二，则一二为痰矣；十留三四，则三四为痰矣；甚至十留七八，则但见血气日削，而痰饮日多矣。此其正气不能运化，愈虚则痰盛也。""痰即人之津液，无非水谷之气所化……但得其正，则形体强，营卫充。而痰饮本皆血气，若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎。"由于肾为水脏，主津液，为先天之本，乃水火之宅，故"劳损之人，肾中火衰，不能收摄，邪水、冷痰上泛"(《证治汇补》)，"久病伤及肾阴，或房劳过度，或过服温燥劫阴之品，耗伤肾阴，以致阴虚火旺，虚火炼津成痰"(《石室秘录》)。因此《医碥》有云："痰之本，水也，原于肾。"鉴于脾肾在痰浊产生中发挥至关重要作用，后世常有"脾为生痰之源""肾为生痰之本""痰之生本于肾""痰之动本于脾之说"，并认为进入老年期，脾肾俱虚，水谷精微运化功能减弱，而易生痰浊。脾肾所生痰浊"积于脑中，盘踞于心外，使神明不清而成呆病矣"(《辨证录·呆病门》)。而《石室秘录》则进一步指出痴呆程度与痰的多少密切相关，"呆病……虽有祟凭之，实亦胸腹之中无非痰气……痰势最盛，呆气最深"。现代医学明确指出，老年性痴呆的病理变化主要为大脑皮质、海马神经元数目减少，大脑萎缩，并有老年斑和神经原纤维缠结。按中医理论显然归属为脾肾亏虚、痰浊阻窍之范畴。故在老年性痴呆的治疗中，主张从痰论治者大有人在，韩师分析了1993～1998年文献报道的治疗老年性痴呆的有效方剂50首，发现在被调查的全部方剂的配伍组成中，均有豁痰开窍的中药，这充分表明了痰浊为患是老年性痴呆产生的重要机制。

4.瘀血阻窍　研究表明，瘀血是老年性痴呆的常见病理产物，同时也是该病发生的重要原因。血液的运行，必赖气的推动，方能生生不息，环周不休，故充足的气血是保证血流脉道而不离经或瘀滞的前

提，而气血的生化来源于脾，脾健则气盛血旺，脾虚则气衰血少，不能入肾化精，致精不生血，血枯脉虚，而成瘀血。气血生化也离不开肾，需要肾中精气的活力资助。而"年过四十，而阴气自半也"(《素问·阴阳应象大论》)。五脏渐衰，以脾肾为要，脾虚则气血化源不足，出现气衰血少，气虚无力推血，血失流行，着而为瘀；血少脉道不充，阴液亏乏，则血流不畅；肾阴精不足，精不化血，则血少脉虚，涩滞不行；肾气亏虚，元气不足，鼓血无力也可致血泣为瘀。故人至老年，常常伴有瘀血的存在，正如《素问·病机气宜保命集》所云："五十岁至七十岁……血气凝泣。"李时珍在《奇经八脉考》中亦谓老人"气血衰，气血涩"。若气虚血瘀或阴亏血少脉道泣涩，瘀血停滞，脑络受阻，气血不能上达神明之府，而致神明失养，出现智能衰退。此外，瘀和痰均属阴邪，同出一源，异名同类，故两者关系密切，常相互影响，互为因果，正如张山雷所说："痰涎积于经隧，则络中之血必滞。"唐容川在《血证论》中谈及："血积既以，亦能成痰水……痰水之壅，由瘀血使然。"故"瘀可致痰""痰可挟瘀""百病兼痰""久病入络必瘀"。痰瘀交阻于脑窍，直接损髓伤脑或阻碍清阳，致精血不能上荣，均可发为本病。实验研究表明，老年人存在不同程度的微循环障碍，患病老人更为严重，微循环障碍，血流和血液成分的异常均为血瘀之表现。对血瘀证本质的研究表明，除血流、血液成分及血管改变外，代谢失调、免疫功能障碍、内分泌紊乱等也属血瘀证范畴。老年人机体功能低下或紊乱，一则易引起血循环障碍而致血运失常；一则易造成代谢产物清除减少而积聚，造成相应器官组织损伤，日久引起组织器官缺血、缺氧、变性、萎缩等血瘀证表现，如出现老年斑、皮肤色素沉着，舌下脉络粗长，舌质紫，脉结代等。老年性痴呆，虚是现象，瘀是本质；虚是归宿，瘀是原因。气虚血少，阴精亏耗，而致脉络瘀阻是老年人共同的病理基础，且贯穿于老年性痴呆的始终。

5. 肝郁气滞　《辨证录·呆病门》分析了呆病之成因是谓"大约其始也，起于肝之郁；其终也，由于胃气之衰。肝郁则木克土，而痰不能化，胃衰则土不制水，痰不能消，于是痰积胸中，盘踞于心外，使神明不

清，而成呆病。"明确指出肝气郁结是痴呆的首发因素。《景岳全书》亦指出："痴呆证，凡平素无痰而或以郁结，或以不遂……渐致痴呆矣。"《丹溪心法》认为："五志之火，由七情而起，郁而成痰，故为癫痫狂妄之证。"现代医学认为，本病的发生与精神情志异常有一定关系。流行病学调查发现，本病患者女性为多，这与"女人多阴，遇气多郁"(《医学传灯》)不无关系。若情志不遂，气郁日久，则气机不行，血运不畅，瘀血阻窍，或肝郁气滞，不能疏津泄水，聚生痰浊，痰浊上蒙或痰瘀交阻，扰乱神明，均可致神志呆钝，而发痴呆。临床以实证为多，若病情迁延，日久不愈，耗损肝血，血不养神或久病及肾，阴血不能充养肾精，致肝肾亏虚，精虚血少，髓失所养，神明失聪，则多见虚证。此外，临证常用治疗老年性痴呆的有效方药如抑肝散、钩藤散、加味温胆汤、当归芍药散等均是从肝论治。

三、韩师治老年性痴呆方——智脑胶囊的拓展研究

智脑胶囊组方体现了韩师治疗本病之特色和经验，实验研究亦取得较大进展，临床运用取得较好的疗效。

(一)智脑胶囊临床观察

智脑胶囊治疗痴呆患者 90 例，治疗组 60 例采用智脑胶囊治疗，对照组 30 例给予喜得镇口服。结果，临床观察：智脑胶囊总有效率为 63.13%，对照组总有效率为 53.13%，两组疗效无明显差异。但在改善中医临床证候及血液流变学指标方面前者优于后者，同时智脑胶囊还能提高精神状态检查量表(MMSE)、痴呆修正量表(HDS－R)积分值，降低老年性痴呆神经功能缺损积分值，改善脑血流及异常脑电活动，两组差异无显著性。且治疗组在缩短 P300 潜伏期、增加波幅以及提高超氧化物歧化酶(SOD)活性、降低过氧化脂质(LPO)含量方面优于对照组，表明智脑胶囊对老年性痴呆有一定的改善作用。

(二)智脑胶囊实验研究

采用 Northern 杂交、放射自显影等方法观察智脑胶囊对白细胞介素 1(IL－1)诱导大鼠脑组织 β-淀粉蛋白前体蛋白(APP)mRNA

表达的影响。结果发现:智脑胶囊能下调 IL-1 诱导的大鼠脑组织 APP mRNA 过量表达,表明智脑胶囊可通过作用于 β-AP 的前体蛋白环节而减少 β-AP 在脑组织内沉积来对 AD 的病情进行有效干预。采用 β-淀粉样蛋白(β-AP)大鼠侧脑室注射联用转移生长因子 β1(TGF-β_1)脑内注射改进制作出实验性 AD 大鼠模型的基础上,应用避暗法和水迷路法测定 AD 模型大鼠学习记忆功能,并采用放射免疫法测定实验性 AD 模型大鼠大脑皮质和海马结构区乙酰胆碱含量(Ach)、乙酰胆碱转移酶(ChAT)和乙酰胆碱酯酶(AchE)活性。结果发现:经改进由 β-AP 联用 TGF-β_1 诱导的实验性 AD 模型大鼠表现有明显的学习记忆障碍,同时模型大鼠大脑皮质和海马结构区 Ach 含量降低、ChAT 活性下降、AchE 活性升高。智脑胶囊能有效地改善实验性 AD 模型大鼠学习记忆功能,提高模型大鼠大脑皮质和海马结构区 Ach 含量和 ChAT 活性,降低 AchE 活性。表明智脑胶囊可通过调节脑内胆碱能神经递质,明显提高实验性 AD 模型大鼠学习记忆能力。反复夹闭双侧颈总动脉(CCA)结合腹腔注射硝普钠制备拟血管性痴呆大鼠模型,检测大鼠学习记忆能力及脑组织中一氧化氮(NO)、内皮素(ET)、降钙素基因相关肽(CGRP)含量。结果发现与模型组相比,智脑胶囊高、中、低剂量组能明显改善实验性 VD 模型大鼠学习记忆能力;智脑胶囊中、高剂量组,脑复康组,尼莫地平组脑组织中 NO 含量明显减少;智脑胶囊 3 个剂量组、脑复康组、尼莫地平组均能够明显降低 ET 含量,增加 CGRP 含量。智脑胶囊高剂量组降低 ET 和增加 CGRP 含量的作用明显优于脑复康组,也明显优于智脑胶囊中、低剂量组,表明智脑胶囊可改善实验性血管性痴呆大鼠学习记忆障碍,其机制与降低实验性 AD 模型大鼠脑组织中 NO、ET 含量,提高 CGRP 含量有关。亦发现血管性痴呆模型组大鼠学习记忆明显障碍,脑组织中 Ca^{2+} 浓度明显升高。与模型组相比,智脑胶囊 3 个剂量组、尼莫地平组及脑复康组能够明显减少血管性痴呆模型大鼠脑组织中 Ca^{2+} 含量。智脑胶囊高剂量与智脑胶囊低、中剂量组相比,能明显降低模型大鼠脑组织 Ca^{2+} 含量,且有统计学意义,表明智脑胶囊可

改善实验性血管性痴呆大鼠学习记忆能力，其机制与降低模型大鼠脑组织 Ca^{2+} 含量有关。

四、结语评析

老年性痴呆患病人群多，严重影响生活质量，危害健康。西医尚无有效方法阻止本病的病情发展。韩师在长期的临床实践基础上，认为气阴不足、痰瘀交阻、蒙蔽清窍是老年性痴呆的基本病理，也是临床治疗的关键所在。并在此基础上形成独特的治疗方法，并取得良好的疗效。

（杨文明　陈　炜　张念志）

骨关节炎乃肾虚络瘀，当从络论治

骨关节炎(Osteoarthritis，OA)又称增生性关节炎或退行性关节炎，是关节软骨发生变性后，继之邻近软骨增生、骨化而形成的关节病变。常见于承重的大关节，如髋、膝和脊柱，是中老年人常见的、多发性的、难治的一种慢性进行性骨关节病。在最常见的三大老年病中，骨关节炎的患病率和患病人数在世界范围内均居于首位，60～70岁的老年人的骨关节炎患病率约为60%，70岁以上的老年人的骨关节炎患病率约为70%。临床特点为：①发病与年龄有关，发病率随增龄而增加；②关节的创伤与过度运动是主要病因；③发病的部位是关节，常多个关节受累，软骨受损是其病理特征；④疼痛是主要表现，多为活动后疼痛，休息可以缓解，部分病人表现为晨僵与黏重感；⑤病程长。韩师按照辨证与辨病相结合的原则，结合个人治疗骨关节炎的体会，探索治疗骨关节炎的规律，认为肾气虚衰是骨关节炎发病的根本，由此导致的和其他因素导致的络脉瘀阻是病机的中心环节。骨关节炎根本病机以络虚、络实为主，其中络虚为始动因素，络脉瘀滞为其病变形成的最终病理基础，从络而治具有十分重要的临床意义，最终形成了对骨关节炎的独特的认识。

一、韩师对骨关节炎的认识——骨关节炎不等同于“痹证”或“骨痹”

中医对该病没有专门的描述，但对该病的临床表现和治疗有相当的认识。近年来，许多研究者对该病的中医病名、病机特点进行了研究，但分歧较大。目前大多数人将骨关节炎归于“痹证”范畴，甚至有人认为骨关节炎就是“骨痹”，韩师认为将骨关节炎等同于两者的认识有欠妥之处。

随着科技的进步，人们对疾病的认识越来越深入，也没有必要将现代医学中的每一个病都在中医中找到一个病名，中医重证而轻病，

中医"病"的概念只反映疾病的症状现象,"证"的概念能反映疾病的本质。中医病名很多只是症状名,如眩晕、心痛、心悸、失眠、泄泻、呕吐、发热、癃闭等。这些病名并未都能反映出疾病的本质问题。而"证候"概念则反映了疾病的本质。秦伯未《谦斋医学讲稿》指出:"中医从来没有根据病名来治病,总是分析不同证候,在同一证候里又根据年龄、体质和发病经过等予以适当的处理。"所以,中医应以"以证统病"为诊断思路,即对每位患者四诊之后,不把主要注意力放在病名诊断上,而是首先辨别是表证还是里证,以明确病位;再辨是寒证还是热证,以明确病性;再辨是虚证还是实证,以明确邪正力量对比,最后将四诊资料纳入脏腑辨证系统或其他辩证系统,得出证候诊断,然后立法处方。随着时代的发展,现今疾病谱已远较《内经》时代增多,许多新的疾病在中医文献中根本就没有论述,因此我们认为中医也应与时俱进,更改用症状为病名的习惯,可以采用现代医学的病名,如骨关节炎,中医也应称为骨关节炎,这样一是便于中西医之间的交流;二是能满足患者与医疗市场的需要,便于患者的理解;三是能突出中医重辨证的特点。而简单地将骨关节炎归于"痹证",韩师认为不妥。人们将骨关节炎归属痹证的范畴,是指广义痹证的范畴,基于华佗《中藏经》所认为"痹者,闭也"。郑玄在《易经通注》中解释"气不达为痹",故从广义来说,凡一切闭阻之病,皆可称痹证,如《内经·素问至真要大论》将"食已而痛,吐出乃止"的病称为食痹,《金匮要略》将胸中闭塞称为胸痹。骨关节炎伴有关节痛这种气血不通的症状,故也可称之。但从狭义的痹证概念来看,痹证不等同于骨关节炎。狭义的痹证是教科书中的概念,首见《内经·痹论》。中医内科学中认为,痹证是由于风、寒、湿、热等外邪侵袭人体,闭阻经络,气血运行不畅所致,以肌肉、筋骨、关节发生酸痛、麻本、重着、屈伸不利甚至关节肿大等为主要临床表现的病证。其源于《内经》中的《痹论》和《周痹》,最早提出了风寒湿等外邪与机体"外内相合"致痹的观点,如"风寒湿三气杂至,合而为痹也。""逆其气则病,从其气则愈,不与风寒湿气合,故不为痹。"如果将骨关节炎简单地归于"痹证"范畴,则很容易地推导出骨关节炎也是由于风、寒、

湿、热等外邪侵袭人体，闭阻经络，气血运行不畅所导致的这种论断。再者，“痹证”的范畴很广，简单地将骨关节炎归于“痹证”，淡化了对骨关节炎病机本质的认识。从另一方面来说，骨关节炎是否为痹证分类中的一种还有待于考证，《素问·痹论》根据受邪原因和症状的不同将痹证分成许多类，如称风胜走注为行痹，寒胜而痛为痛痹，湿胜麻木为着痹；《痹论》还根据受邪的部位命名，如病在皮为皮痹，病在肉为肉痹，病在筋为筋痹，病在脉为脉痹，病在骨为骨痹；如病邪入里则有五脏痹、六腑痹之称。《诸病源候论》中将痹病分属于风病、虚劳、注病等病候中，按病因和部位分为风痹、湿痹、风湿痹、血痹、历节风、虚劳风痿痹、五体痹等。风痹，症见肌肉顽厚或疼痛，或肌肤尽痛，迁延不愈，则关节松弛，手足不遂。湿痹，症见四肢弛缓或拘急，骨节疼痛，时轻时重，反复发作，病情缠绵难愈。风湿痹，症见皮肤顽厚或肌肉酸痛，经久不瘥，则机关弛纵，筋脉不能收摄，肢体手足不遂。血痹，症见自觉身体如被微风所吹，骨弱肌盛，易疲劳出汗，寸脉微涩，关脉紧小。历节风，症见呼吸气短，自汗，全身关节疼痛不可忍，关节不能屈伸。虚劳风痿痹，症见筋骨萎弱枯瘦，身体疼痛，遇寒身体疼痛，遇热则皮肤发痒，脉紧或尺脉虚小无力。五体痹除见风湿痹症状外，筋痹表现为筋脉挛急，肢体屈而不伸，好发于春天，日久波及肝脏，则夜眠易惊，饮水多而小便濒数；脉痹表现为血循环差，面色萎黄，好发于夏季，日久波及心脏，则心慌、心悸、气逆、气喘、呼吸不畅，咽喉干燥，时欲嗳气；肌痹好发于长夏，日久波及脾脏，则四肢无力，时发咳嗽，呕吐清汁；皮痹表现为皮肤感觉迟钝，好发于秋天，日久不愈波及肺脏，则气急上冲，胸痛；骨痹表现为骨节沉重、疼痛，难以运动，四肢不遂等，好发于冬天，日久入肾，则易发胀。对比已知骨关节炎的临床表现除与骨痹在病位上一致外，与以上痹证分类中任一种均不同，由此可见骨关节炎与狭义“痹证”不能等同。将骨关节炎归属于“骨痹”源于《素问·长刺节论》：“病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹。”《素问·逆调论》：“肾，孤脏也。一水不能胜二火，故不能冻栗，病曰骨痹，是人当挛节也。”《济生方·五痹论治》：“骨痹之为病应乎肾，其状

骨重不可举，不遂而痛，喜胀。”但将骨关节炎归于骨痹也有不妥之处，《临床诊疗术语》有关“骨痹”的概念是：因风寒湿邪外侵，或年老体衰，骨失充养，骨质脆弱所致，以肢体麻木无力，骨络疼痛，大关节僵硬变形、活动受限等为主要表现的肢体痹病类的疾病，与现代医学对应的病名为退行性骨关节炎。书中认为骨关节炎为骨失充养，骨质脆弱所致，病变以大关节僵硬、变形为主，这显然有失偏颇。此外与《内经》中“骨痹”也不完全一致，《素问・逆调论》曰：“是人者，素肾气胜，以水为事，太阳气衰，肾脂枯不长……肾者水也，而生于骨，肾不生，则髓不能满，故寒甚至骨也，所以不能冻栗者……病名曰骨痹，是人当挛节也。”《素问・痹论篇第四十三》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。”“以冬遇此者为骨痹”，认为骨痹是冬天肾虚感寒而发的痹证，骨痹的转归是发为肾痹。“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其所合也。故骨痹不已，复感于邪，内会于肾……肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头。”由此可见，如果将骨关节炎等同于骨痹，意味着骨关节炎到后期有肿胀的表现，这显然与事实不符，所以从骨痹的病名、病机、发病时机以及转归来看骨关节炎与骨痹确实不尽相同，但在当时《内经》认识到骨重不可举，应从肾的角度考虑，对后世影响极大。骨关节炎不能简单地等同于“痹证”与“骨痹”，但中医对痹证与骨痹病因与病机的认识却对我们认识骨关节炎的病机有重要的启迪作用。

二、韩师对骨关节炎的中医病因病机认识

（一）骨关节炎的中医病因病机

1. 正气虚弱为产生骨关节炎的根本因素　骨关节炎发病者多为老年人，“人过四十，则气阴自半也。”因而患者大多伴有肝肾虚衰，气血不足。肝藏血，主筋；肾藏精，主骨生髓。若肝肾不足，则筋骨失荣，而风寒湿热之邪乘虚入侵。闭阻经络气血，痹病则生。《类证治裁・痹证》曰：“诸痹……良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内袭。正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝涩，久而为痹。”这充分证明了

本病的病因与虚有关，正虚主要责之为肝肾亏虚，气血不足。《诸病源候论·风湿腰痛候》曰："劳伤肾气，经络既虚，或因卧湿当风，而风湿乘虚搏于肾经，与血气相击而腰痛，故云风湿腰痛。"明代秦景明《幼科折衷》曰："双膝酸痛筋不支，步行平地若高低，湿痹良由肝受病，当归拈痛不虚题。"其又解释曰："痹者，内因肝血不充，外被寒湿所中，盖肝主筋，通一身血脉也……久则卧床瘫疾。"此外，气血为人体生命活动的重要物质基础，气血亏虚，必致"气主煦之""血主濡之"的功能不足，邪乘虚侵入而发痹病。明代方隅《医林绳墨》曰："大率痹由气血虚弱，荣卫不能和通，致三气乘于腠理之间。"《景岳全书·风痹》云："风痹之证，大抵因虚者多，因寒者多。惟血气不充，故风寒得以入之……此痛痹之大端也。"《医宗金鉴·痹病总括》提出"痹虚"一说，认为"痹虚，谓气虚之人病诸痹也"。喻嘉言的《医门法律》指出："夫治痹证，不明其理，以风门通套漫施之者，医之罪也。""然已入在四物、四君子等药之内，非专发明炙。"强调痹病日久，关节变形、僵硬者，不可先治痹，而应先养气血，为老年痹证提出了治疗方案。

2. 长期慢性劳损是发病的主要因素之一　外伤、劳损致经脉受损，瘀血积聚，为肿为痛，如《素问·宣明五气篇》说："久视伤血，久卧伤肉，久立伤骨，久行伤筋。"说明长期慢性劳损是引起骨关节退行性病变的主要原因之一。张子和在《儒门事亲·指风痹痿厥近世差玄说》曰："劳力之人，辛苦失度，触风冒雨，宿处津湿，痹从外入。"这一时期医家已经逐步认识到慢性劳损能够引起某类痹证，此类痹证不同于风湿性及类风湿关节炎一类的痹证。到了清代，沈金鳌在《杂病源流犀烛·跌仆闪挫源流》中对跌仆外伤致痹也有所论述，曰："忽然闪挫，必气为之震，因所壅而凝聚一处，气凝则血亦凝矣。"由于局部气血凝聚，失于荣养，营卫不调，易感外邪，加重脉络闭阻，导致痹证。

3. 瘀血为骨关节炎致病的另一因素　清代医家王清任提出痹为瘀血致病学说。《医林改错》一书中的身痛逐瘀汤等方，在治痹方中可谓别具一格。叶天士提出"久痹入络"之说，如《医宗金鉴·痹病总括》中也提出"痹虚，谓气虚之人病诸痹也，宜用加减小续命汤……筋痹加

羚羊角或续断；骨痹加虎骨或狗脊。”提示从痹病的病因入手，为临床提供了治疗大法。

总之，骨关节炎的形成，不外邪实正虚之变。邪实是外力所伤、瘀血内滞，经络之脉痹阻。正虚主要为肝肾亏虚，气血不足。

4. 骨关节炎的病机乃“肾虚络瘀” 骨关节炎虽不能简单地等同于“痹证”与“骨痹”，但中医对痹证与骨痹病因与病机的认识却对我们认识骨关节炎的病机有重要的启迪作用。骨关节炎的临床表现是骨节疼痛，因此韩师思索从历代医家有关骨节疼痛的病机认识的文献中去寻找一般规律。

《内经》专门列了两篇“痹证”专论，即《痹论》与《周痹》，最早提出了“痹证”的概念与病机，认识到正气不足是其发病的基础，“逆其气则病，从其气则愈，不与风寒湿气合，故不为痹”“阴气少、阳气多，故为病热；阳气少，阴气多，故为病寒”等，指出痹证的发生是机体内部脏腑经络阴阳失调逆乱而致，《灵枢·阴阳篇》：“血气皆少，感于寒湿，则善痹骨痛。”“血气皆少……善痉原足痹。”如《灵枢·五变》曰：“粗里肉不坚，善病痹。”这些皆说明气血不足，体质虚弱，感外邪致皮肉不坚而病痹。这种“两气相感”而生病，强调先由脏腑内伤，阴阳失调以及营卫不和，然后风寒湿邪乘虚内侵而致病的思想为后世医家认识本病奠定了坚实的基础。《内经》不但提出痹证的分类，还认识到痹证的转归，提出五脏痹的概念，其中对骨痹的认识对我们探讨骨关节炎的病机尤有启迪意义。《素问·痹论篇第四十三》曰：痹证“以冬遇此者为骨痹”“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其所合也。故骨痹不已，复感于邪，内舍于肾。”《素问·逆调论》曰：“是人者，素肾气胜，水为事，太阳气衰，肾脂枯不长……肾者水也，而生于骨，肾不生，则髓不能满，故寒甚至骨也，所以不能冻栗者……病名曰骨痹，是人当挛节也。”说明了肾虚感寒是发生骨痹的机制并可转为肾痹。

汉代《中藏经》对骨痹的病因病机与症状也做了论述，明显与《内经》不同，认为骨痹主要是指由于嗜欲不节，耗伤肾气，致三焦之气不通而形成的以不语、腰膝不遂、四肢不仁为特征的病变。该病的主要

病因病机是饮食不节，纵欲无度，耗伤肾间动气，而肾间动气是“生气之源”，乃“五脏六腑之本，十二经之根，呼吸之门，三焦之原”，由于肾间动气受损伤，而不能有规律地推动三焦功能活动，而出现一系列症状。此对骨痹症状的描述与骨关节炎有明显的不同，也证明我们在前面所认为的不能将骨关节炎简单地等同于骨痹的观点，但它提出的耗伤肾间动气以及食欲不节可致四肢不仁的观点对今天认识骨关节炎有一定的启迪作用。隋代《诸病源候论》在痹证认识上重外邪的不足，既重邪气，又重体虚，认为痹病的发生是由于经络先虚，经络受到风寒湿邪侵犯所致。如“此由体虚，腠理开，风邪在于筋故也”。强调了体虚是痹病发生的根本原因，在此基础上，正气不足抵御外邪，则风寒湿三气乘虚入侵发为痹病。其中医病理机制是：“风寒客于肌肤，初始为痹，后伤阳经，随其虚处而停滞，与血相搏，血气行则迟缓，使机关弛纵，故风痹而复手足不随也。”指出邪气侵入，首先侵犯肌肤，造成气机不利，后伤阳经，最后瘀血使经络痹阻而为病。此时提出了痹证病在阳经，邪与血相搏，经脉闭阻是其病机，为后世创立活血化瘀、行气通脉之法治疗关节病奠定理论基础。宋元时期，医家已开始重视对骨痹的治疗和广泛使用补肾填精药。这一点可以从宋元时期几部大型的方书中找到依据，最具代表性的当属宋代御纂医学著作《圣济总录》，对骨痹的病因病机的认识，悉遵经旨，并做了进一步的阐释，对骨痹的病机除强调肾气衰弱外，还补充了髓少筋燥这一病机特点。宋元时代，根据《内经》的“血行不得近其空，故为痹原也”之旨，认为气滞血凝是其病机关键，制定了活血祛风、寒温并用、健脾利湿等更趋精细的辨证方法。

明清时期在痹证治疗理论上有三个重大发展，并成为论治筋骨痛的主要指导思想。

“肾主骨”理论早在《内经》中就已提出，而“肾主骨”理论的成熟阶段在明清时期，杨清里根据《内经》“肾主骨”的理论，结合自己的体会，提出了“肾实则骨有生气”的论点(《外科集验方·服药通变方》)。张景岳在论治痹证时指出“阳非有余，真阴不足”。王肯堂在《证治准

绳·杂病》中对于颈项强痛病因病机的认识："人多有挫闪，及久坐失枕而致；颈项不可转移者，由肾虚不能生肝，肝虚无以养筋，故机关不利。"认识到挫闪、久坐失枕是颈椎痛的病因，并将其病机归于肝肾亏虚，无以养筋。张璐在《张氏医通·诸痛门》中论膝痛记载："膝者，筋之府，无有不因肝肾虚者，虚者风寒湿气袭之。"《卫生宝鉴》云："老年腰膝久痛，牵引少腹两足，不堪步履，奇经之脉，隶于肝肾为多。"以上诸家的论述都强调了肝肾虚弱是骨痹发生的内在原因。

瘀血在关节病发病中的意义得到强调。瘀血理论始于《内经》。明清时期，随着对气血理论在人体生理作用和病理变化的探讨更为深化，使瘀血学说日臻完善起来。对瘀血学说贡献最大的当属清代医家王清任。他在《医林改错》中明确提出了"痹有瘀血"的学术论点，他提示用活血化瘀法治疗痹证，认为："总滋阴，外受之邪，归于何处？总逐风寒，去湿热，已凝之血，更不能活。如水遇风寒，凝结成冰，冰成，风寒已散。明此义，治痹证何难？……用身痛逐瘀汤。"

清代，提出了痹证病在络脉的观点。叶天士说："初病湿热在经，久则痰热入络。"他认为痹证的病位与病程的长短有关，开始病在经，及后病在络脉；在痹证的论治上，他主张从络论治，"医不明治络之法，则愈治愈穷矣"。络虚邪留，瘀痰互结，病势顽固，显然草木之剂，难能为功，必用精灵走窜之"搜剔动药"方能透络达邪。

由上，我们可以了解到明清时期对骨痹的辨治认识，主要从虚、邪、瘀三方面入手并提出病在络。因此，治疗上以温通补益为主线，兼以活血化瘀通络的治疗原则。

(二)韩师总结骨关节炎乃肾虚络瘀

韩师在总结前人经验的基础上提出了骨关节炎根本病机为络脉病变，而"肾虚络瘀"是骨关节炎的病机特点，即肾气虚衰是骨关节炎发病的根本，由此导致的络脉瘀阻是病机的中心环节，并从骨关节炎的发病病因、病位、易感因素、病程以及临床症状等方面分析阐明骨关节炎的发生与肾虚及络脉瘀阻有关。

1. 病因与肾有关——年老肾虚髓耗　骨关节炎是随增龄而增加

的疾病，国外早有报道骨关节炎发病随增龄而增加，60 岁以上的人发病达 78%。而肾气是随年龄增长而逐渐变弱的。《素问·上古天真论》中指出："三八，肾气平均，筋骨劲强……四八，筋骨隆盛，肌肉满壮；五八，肾气衰，发堕齿槁；六八，阳气衰竭于上，面焦，发鬓斑白；七八，肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极；八八，则齿发去。"这是中医对人体生命活动规律及其骨骼发育、衰老过程的最早的认识。肾气随增龄逐渐减弱，而肾气弱则病，肾主骨，故病在关节。国外的流行病学研究发现，50 岁后女性骨关节炎的发病率明显高于男性且发展迅速。从另一侧面，表明骨关节炎的发病与肾气的盛衰密切相关。

2. 病变部位与肾、络脉有关——病位在骨，久病入络　骨关节炎病位在关节软骨，而肾主骨，关节为络脉所荣之处，故而骨之病变，当责之肾。《内经》云："肾主骨。"清代杨清里提出了"肾实则骨有生气"的论点(《外科集验方·服药通变方第一》)，肾虚则骨病。经络是人体运行气血的通路，内属脏腑，外络肢节，沟通内外，贯穿上下，将内部的脏腑同外在的各组织、器官联系成为一个有机的整体，使人体各部的功能保持相对的协调和平衡，具有行气血、调阴阳，濡筋骨，利关节，主平衡，司运动等生理功能。《医学入门》说："经者，径也；经之支脉旁出者为络。"这说明经脉是主干，有路径的意思；络脉为分支，有网络的意思。经脉行气血，络脉输渗津液。关节软骨本身既无血管也无血液供应，其营养是靠滑液的弥渗，正常关节内滑液与周围微循环中的成分及环境存在着动态平衡。如滑液的改变，络脉输渗功能失司，津液不能输渗至关节，则导致关节软骨中软骨细胞活动紊乱，基质异常而发病。

3. 发病易感因，素与肾虚有关——肾气亏耗　骨关节炎的易感因素包括高龄、肥胖、性激素、骨密度、过度运动以及遗传因素等，这些均与肾相关。高龄、性激素、骨密度和遗传因素与肾相关很好理解，过度劳累与肥胖也与肾相关，主要是因为肥胖与劳累均使关节负荷过度，劳则伤肾，这些易感因素均导致肾气耗伤。

4.病因多为肾虚络脉瘀阻——劳则伤肾损络　创伤、过劳是骨关节炎的主要病因之一。创伤导致骨关节炎有两种情况：一是急性损伤造成软骨面撕裂，甚至软骨大片脱落可致软骨下骨板裸露，脱落的软骨碎片游离于关节腔，即所谓“关节鼠”。周围肌肉与韧带的损伤，造成出血，血液进入关节腔，释放大量的炎症因子，导致软骨与滑膜的损伤。这种不循常道、溢于脉外之血为“瘀血”，软骨面撕裂，甚至软骨大片脱落，脱落的软骨碎游离于关节腔这种状态也会造成瘀血，其结果是瘀血干扰了关节腔的内环境，造成津液滑润关节的障碍，关节失养，或瘀血阻于关节。清代沈金鳌《杂病源流犀烛・跌仆闪挫源流》对跌仆外伤导致络脉瘀阻有精辟的论述：“忽然闪挫，必气为之震，因所壅而凝聚一处，气凝则血亦凝矣。”二是慢性损伤，如长期从事反复使用某些关节的职业、剧烈的竞技运动是造成骨关节炎的主要病因。肾为作强之官，过劳伤肾，肾气的虚衰导致了津液不能润泽软骨，软骨营养障碍、导致软骨退变这种病理改变。骨能任劳作，是因为软骨基质中各不同方向的胶原纤维组成无数个“网状拱形结构”。软骨表面胶原纤维平行于骨成切线方向走行，形成“薄壳结构”。软骨基质保护软骨细胞并维持关节软骨正常结构及功能。关节软骨过度受力后，基质中胶原纤维组成的“拱形结构”破坏，承重时不能向周围传递压力，使压力不能分散，局部压强增大，结果改变了软骨正常压力分布，造成局部软骨细胞受到过大压力。同时，生理性压力改变，基质破坏后失去正常弹性，软骨营养障碍，出现软骨细胞退行性变、坏死，软骨细胞受损后不能再分泌产生胶原纤维，使软骨进一步破坏，即软骨保护机制的破坏。

5.病程与肾虚络瘀相关——久病伤肾入络　骨关节炎起病隐匿，进展缓慢，病程长，也反映了由虚致病的特点。肾虚可由增龄所致，《内经》以八年与七年为时间段论述肾气盛衰的过程，可见时间之漫长。肾虚可由劳所伤，是指过劳伤肾，一般的劳累、运动不伤肾气，也不损关节；长时间、反复的劳累和活动某一关节，则造成关节软骨的损伤。因肾虚所致之病有病程长、进展缓慢的特点，这一点区别于外邪

致病发病急的特点，如《素问·举痛论》在论述寒邪的致病特点时云："寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩蜷，缩蜷则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛……寒气客于胃肠之间，膜原之下，血不得散，小络急引故痛。"由此也可反映外邪致病有发病急的特点。骨关节炎病程长，也佐证了其主要病机是肾虚络阻而非风寒或寒湿阻络。从另一方面来说久病伤肾，久病入络。骨关节炎由虚致瘀阻而病，瘀阻日久又耗损正气，导致肾气更虚，如此反复造成骨关节炎病情顽缠，久发频发，不易速愈。清代叶天士《临证指南医案·诸痛》曰："久痛必入络，气血不行"，明确提出了"久病入络"和"久痛入络"的科学观点，强调"初为气结在经，久则血伤入络"。清代张聿青认为"直乾为经，横者为络，邪既入络，易入难出，势不能脱然无累"。由此可见，从病程特点上也反映了骨关节炎病在络，病机为肾虚络脉瘀阻。

6. 临床症状反映"肾虚络瘀"——肾虚络瘀征象　骨关节炎最主要的临床症状是疼痛，特点为隐匿发作、持续钝痛，多发生于关节活动以后，休息可以缓解。疼痛局限于病变关节，无游走性。可有夜间疼痛，是由于睡眠时关节周围肌肉对关节保护功能降低，不能像清醒时那样限制引起疼痛的运动，故表现为夜间痛。疼痛反映络脉瘀阻，"不通则痛"，夜间痛也提示瘀阻络脉，夜间阳气入里，四肢关节之络脉较白天瘀阻更盛，则夜间痛盛。其疼痛固定于病变部位而非游走不定，提示骨关节炎非风邪致病，如为风邪夹六淫之邪致病则表现为游走不定之特点。疼痛发生在劳动之后，休息可以缓解，反映劳伤肾气，劳则气耗，肾气虚则络阻，津液不能润泽关节，导致关节痛，休息后其气复原，气行络通，"通则不痛"也。骨关节炎患者还可能表现为晨僵和黏着感。本病晨僵时间较短暂，一般不超过 15 分钟，多见于老年人，下肢关节活动后可改善，此如湿邪致病的特点。湿性黏滞重着为阴邪，易阻阳气，故表现为关节黏着感。骨关节炎临床表现具有湿邪的特征，并非是外感湿邪导致了疾病，而是由于内生湿邪，因为肾气不足，津液不能运化输布，聚而为湿，故关节也可表现为肿胀，穿刺时可发现关节液增多。活动后气能行津，湿邪去则关节晨僵和黏着感消失。骨

关节炎患者还可能表现为肌肉痉挛和关节囊收缩，此如寒邪致病之特点，寒性收引。然此也有可能非外感寒邪所致，乃肾气不足，不能温煦络脉，寒从内生所致。少部分骨关节炎患者所表现的寒湿之性，是一种表象，其根本乃肾虚，肾虚不能行津，肾虚不能温煦而致的内生寒湿。但正因为这一点表象，使有些研究者认为骨关节炎的病机特点是外感寒湿，与一般痹证无异。此外，有些骨关节炎患者可表现为骨刺的形成，部分患者的 X 线明确证实了这一点，故而有医家认为骨关节炎的病机是"骨疣阻络"，治疗应软坚散结，依据《内经》"坚者软之，结者散之"的理论。韩师认为，这种对骨关节炎的认识也有商讨之处，骨关节炎病在软骨，骨刺是继发表现，骨刺与骨关节炎的发病不同步，骨关节炎不一定有骨刺，有骨刺并不意味有骨关节炎的症状，临床上经常会遇到某些患者有骨质增生（X 线发现）很明显但无任何不适；相反，还有些早期患者膝关节处明显肿痛，活动受限，但 X 线检查并未发现明显骨质增生或骨性异常，因此对骨关节炎的认识不能仅关注骨刺，更要重视软骨的破坏，体现"治病必求其本"的宗旨。

三、从络论治骨关节炎

韩师在临床中发现在治疗骨关节炎应用滋补肝肾、活血化瘀之品时，加用通络药往往起到事半功倍的效果，在长期的临床实践中逐渐总结出了"骨关节炎，从络论治"的临床心得。骨关节炎的病机为肾虚络阻，而核心是络脉病变，不外络虚、络实，其中络虚为始动因素，络脉瘀滞为其病变形成的最终病理基础，从络论治具有十分重要的临床意义。中医认为经络是人体运行气血的通路，内属脏腑，外络肢节，沟通内外，贯穿上下，将内部的脏腑同外在的各种组织、器官联系成为一个有机的整体，使人体各部的功能保持相对的协调和平衡，具有行气血，调阴阳，濡筋骨，利关节，主平衡，司运动等生理功能。其中络脉在循行上沿经布散，纵横交错，从大到小，呈树状、网状，广泛分布于各脏腑组织之间，形成一个满布全身内外的网络系统。正如清代喻嘉言在《医门法律·络脉论》中指出："十二经生十二络，十二络生一百八十系

络，系络生一百八十缠络，缠络生三万四千孙络。”正是这些大大小小、不同级别的络脉之间的联系，构成了络脉如环无端，流注不已的循环回路。经脉“行血气，营阴阳”等功能实际上正是通过络脉来实现的。络脉为气血、津液输布贯通的枢纽和要道，络脉既是沟通内外的桥梁，又是气血汇聚之处。而经脉与络脉在生理上是有所不同的，如《医学入门》中说：“经者，径也；经之支脉，旁出者为络。”这说明经脉是主干，有路径的意思；络脉为分支，有网络的意思，络脉与现代医学所描述的微循环在分布、结构和功能上非常相似。人体微循环正常，气血通畅，对维持关节功能正常有着十分重要的意义。络为聚血之所，络脉病证既可由邪气侵入络脉而生，亦可由经脉或脏腑之病传变所致。邪气久羁，必然伤及血络，而成络病。清代叶天士在《临证指南医案》一书中多次指出：“数月久延，气分已入血分”“百日久恙，血络必伤”“经年宿病，病必在络”“久发、频发之恙，必伤及络，络乃聚血之所，久病络必决闭”，以及“久病必入络，气血不行”“络脉寮痹不通”，提出“久病入络”和“久痛入络”说法，提示络病多属缠绵难愈的慢性病或者慢性病证。络病一旦形成，其病势多沉重缠绵，它不仅涉及一般多发病、常见病，而且关乎着较多的疑难病证。络病多为久病、慢性病，病延经年，病位深固，绝非一般的浅表病证，多属沉病痼疾；络脉细窄易滞，故络脉为病均有不同程度的气郁、血阻或痰结等“络病”表现，如叶天士云“久病在络，气血皆窒”“且络因邪闭，不通则痛”或“络虚则痛”，故在络病的某一阶段常可伴有局部疼痛的症状。络病多病根深伏，病分顽缠，久发、频发，正邪胶着，不易速愈，正如《张聿青医案》所云：“直乾为经，横者为络，邪既入络，易入难出，势不能脱然无累。”络脉有深浅，络中有气血，络邪有久暂，故络脉病证多虚实互见，寒热并存，临床表现多样，病变复杂。骨关节炎临床表现为缓慢发展的关节疼痛、僵硬、肿大，伴活动受限，病变可见于全身多处关节。病情时轻时重，迁延难愈，病程较长。其临床表现符合络病特征，其根本病机为虚、痰、瘀互结，络虚为其始动因素，络脉瘀滞为病变形成的最终病理基础。因此，骨关节炎从络而治，具有十分重要的临床意义。骨关节炎发病多为 60 岁以

上患者，其正气已虚，或痹病日久，反复发作或渐进发展，经络长期为邪气壅闭，气血亏耗，脏腑虚损。若表现以络虚为主，症见关节疼痛，肢体酸软、无力，面色萎黄，局部欠温等，其治疗原则有益气通络法、养血通络滋肾养肝法、温补肝肾法等，方选黄芪桂枝五物汤、桃红四物汤、六味地黄丸、金匮肾气丸、益肾蠲痹丸等。此外，有不少痹病者，素体痰湿内蕴，加之病久湿聚为痰或血凝为痰，痰瘀互结，胶着皮肉、筋骨，出现络实为主之象，症见关节肿大、变形，疼痛或肢体重着不适等，其治疗原则有化痰通络法、化瘀通络法、通络止痛法等，方选二陈汤、桃红饮、血府逐瘀汤等。常用温通药有姜黄、松节、乳香、没药、穿山甲、蜈蚣等；凉通药有忍冬藤、黄药子、地龙等；以及其他活血药、藤类药、虫蚁药。若络实、络虚俱甚，则宜攻补兼施，常见治法有补虚通脉法等，方选补阳还五汤、益肾蠲痹丸等。因此，临床治疗骨关节炎，应根据其临床症状和发病特点，在辨证的基础上从络论治。临床可具体分为：一是活血化瘀通络法，《金匮要略》论述了肝着、黄疸、水肿、痹证、虚劳等络脉病证的发生与络脉瘀阻的病机有关，并首创活血化瘀通络法治疗痹证。二是由叶天士创立的辛味通络法，他认为“络以辛为泄”“辛香可入络通血”，自创“辛味通络”之大法治疗络病，而不同于单纯的活血化瘀法，盖因一般活血之品“不能入络分”，而辛香之药易走窜，使络中郁结者开通。此外，邪结络中隐幽之处，辛香走窜，无处不到，有引诸药入络，并透邪外达之功。三是虫蚁通络法，该法由仲景首创，叶氏发展。叶天士云：“考仲景于劳伤血痹诸法，其通络方法，每取虫蚁迅速飞走诸灵，俾飞者升、走者降，血无凝着，气可宣通，与攻积除坚，徒入脏腑者有间。”叶氏认为，久病久痛，非一般药物可奏效，而虫蚁之类，“蠕动之物可以松透病根”，利用其走窜善行之特点，搜剔血络，温通血脉，培补生气，起事半功倍之效。常用的虫类药有全蝎、僵蚕、水蛭、地龙、穿山甲、蜂房等。还有一种通络法，亦是韩师最常用的通络法，即强筋骨与通络并重之法，扶正与祛邪并重，临床以马钱子为代表。

四、治疗骨关节炎的代表方剂——腰痛舒胶囊

通过理论研究，韩师认为“肾虚络阻”是骨关节炎的主要病机，肾虚是发病根本，络脉瘀阻是发病的中心环节，骨关节炎的治疗当针对主要病机，以补肾通络法为主要法则，韩师弟子安徽省立医院李平博士以该法在药典方复方马钱子散与经验方舒骨止痛丸的基础上，组方腰痛舒胶囊，临床运用多年证实对骨关节炎确有良好疗效。

腰痛舒胶囊以淫羊藿为君，辛、甘，温，入肝肾二经，补肾、强筋骨、祛风除湿；主治腰膝无力，风湿痹痛，四肢不仁，《本草正义》言其“固不独益肾壮阳，并能通行经脉，祛除风寒湿痹”。一药而体现补肾强筋骨，通络止痛之功能，且处方量最大，故当为君药。制马钱子，苦、温，药性峻猛，善钻筋透骨、通络搜风、散结止痛，其开通经络、透达关节之功远胜他药。韩师常称赞其：“既有通络止痛作用，又有强筋壮骨功效，能行能补，配伍可寒可热，一药多能，为通络之要药，有显著通络止痛之功，以补淫羊藿止痛之不足，为臣药。”延胡索，辛、苦，温，入肝、胃经，功效为活血散瘀、理气止痛，治心腹、腰膝诸痛，跌打损伤；《本草纲目》言其能“行血中气滞，气中血滞，专治一身上下诸痛，用之中的，妙不可言”。与马钱子相配，能增强其通络止痛之功。《本草求真》云：“理一身上下诸痛，往往独行功多，然此既无益气之清，复少养营之义，徒仗辛温攻凝逐滞，虚人当兼补药同用，否则徒损无益。”与淫羊藿相配，又可避攻凝逐滞导致伤正之虑。地龙，味咸，归肝、脾、膀胱经，活血通络，可用于关节痹痛，肢体麻木；加其他药共为佐使药。全方共奏补肾通络止痛之功。

五、腰痛舒胶囊的拓展研究

1. 对骨关节炎软骨损伤有显著的保护作用　腰痛舒胶囊对Hulth造模所致的骨关节炎软骨损伤有明显的保护作用。通过比较腰痛舒胶囊不同剂量组以及壮骨关节丸分别对模型组关节软骨的外观、X线影像、组织学评分、软骨表面结构、胶原分布的变化，发现腰痛

舒胶囊组可降低软骨损伤的组织积分，减缓胶原降解，抑制滑膜增生，显著地延缓了骨关节炎的病理过程，且以中、高剂量组的改善作用最为明显。

2. 多途径保护骨关节炎的软骨组织，抑制软骨细胞凋亡　这是腰痛舒胶囊的重要作用机理。

（1）抑制一氧化氮（NO）途径，从而抑制软骨细胞凋亡　研究结果表明，正常的软骨细胞也存在凋亡：但造模后造模组的软骨细胞凋亡率明显高于正常组（$P<0.01$）；而使用腰痛舒胶囊组的软骨细胞凋亡率显著下降，其中高、中剂量组与造模组有明显差异（$P<0.05$），结合形态学研究，推断腰痛舒胶囊对软骨的保护与抑制软骨细胞凋亡有关。骨关节炎病变表现软骨面的破坏，但实验表明在软骨面损伤之前，软骨移行层的软骨细胞就已发生凋亡，而腰痛舒胶囊能抑制移行层软骨细胞的凋亡；通过对造模后血清一氧化氮（NO）、白介素-1（IL-1）、α肿瘤坏死因子（TNF-α）的动态检测，表明腰痛舒胶囊组能从源头上降低软骨细胞凋亡的诱导因素，可能通过抑制NO途径，从而抑制了软骨细胞的凋亡。NO可诱导培养的软骨细胞凋亡，我们利用此方法也成功地建立了软骨细胞凋亡模型。实验表明腰痛舒胶囊能显著抑制软骨细胞凋亡，对NO诱导的软骨细胞损伤有明显的保护作用。其对TNF-α诱导软骨细胞凋亡也有明显抑制作用。

（2）调控凋亡的表达基因，抑制软骨细胞凋亡　腰痛舒胶囊可通过调控细胞凋亡的表达基因抑制软骨细胞的凋亡。使用腰痛舒胶囊后患者白血病-2（Bcl-2）的表达有逐渐增强的趋势，p53蛋白的表达有逐渐减弱的趋势，其中腰痛舒的高、中剂量组与造模组相比阳性表达率明显下降，Bcl-2表达增强，加上用腰痛舒胶囊后p53蛋白表达减弱，逐渐阻止了软骨细胞的凋亡。

（3）通过调节软骨细胞的破坏与增殖的平衡关系保护软骨　软骨细胞的破坏与增殖的平衡关系决定病变的趋势。对软骨而言，软骨细胞反应性增殖，形成细胞集聚现象，这是软骨细胞代偿的表现，反映在外界损伤因素作用下，软骨细胞通过增殖来代偿，维持平衡的一种状

态。本实验观察结果表明，增生细胞核抗原（PCNA）、转化生长因子-β_1（TGF-β_1）的表达在造模组的滑膜与软骨移行层中表达明显，腰痛舒中、高剂量组在滑膜中的表达率较造模组下降，在表浅层的表达率升高；反映了腰痛舒胶囊具有抑制滑膜增殖、促进软骨修复的双重作用。利用细胞培养，我们观察到腰痛舒胶囊高、中剂量组可促进兔软骨细胞的增殖。可见，腰痛舒含药血清在提高兔软骨细胞增殖率方面，有一定的量效关系，以高剂量为好。

（4）促进已退变的软骨细胞合成Ⅱ型胶原和蛋白多糖的能力　软骨细胞合成Ⅱ型胶原与蛋白多糖，NO诱导了软骨细胞的凋亡，同时也影响了Ⅱ型胶原与蛋白多糖的合成，反之，如阻止软骨细胞的凋亡则能影响Ⅱ型胶原与蛋白多糖的合成，也即影响了软骨基质。腰痛舒含药血清能抑制NO诱导软骨细胞的凋亡，同时也减少了对Ⅱ型胶原与蛋白多糖的合成，更进一步说明防治骨关节炎应从保护软骨细胞着手。

六、结语述评

骨关节炎是最常见而比较难治的一种疾病，纵观近年来中医药治疗骨关节炎的现状可以看出，在临床上众多医家主要采取益痹止痛的方法进行治疗。韩师在长期的临床实践过程中，对本病的诊治不断地积累和完善经验，提出骨关节炎是正气不足，复加劳损而致病，其病机乃肾虚络阻，治疗宜从络论治，并根据此病机而拟定的效方——腰痛舒胶囊可取得良好的临床疗效。

（李　平　张　梅　王国臣）

中篇　医案医话



一、医　案

外感咳嗽

案例1　风寒咳嗽

周某，女，28岁，1997年7月6日初诊。

主诉：咳嗽5天。

病史：患者近2年来反复因气候变化诱发感冒咳嗽。近日再次受凉咳嗽，血常规示中性粒细胞比值75%，胸透示肺纹理增多。

现症：咳嗽，痰量多、色白、呈泡沫样，咽痒，胸闷，伴有鼻塞流涕，身体酸楚不适，舌淡苔薄白，脉浮滑。

中医诊断：咳嗽。证属肺气素虚，风寒束肺。

西医诊断：急性支气管炎。

治法：疏风散寒，宣肺化痰。

处方：炙麻黄、杏仁、防风、荆芥穗、炙紫菀、款冬花、炙百部、紫苏叶、陈皮、姜半夏各10g，茯苓、太子参各15g，炙甘草8g。每日1剂，连服4剂。

复诊：患者诉偶咳痰少，继予玉屏风散加减巩固疗效。

【按】　此案以疏风散寒法治咳。韩师认为气阳虚弱者，易于贪凉感寒、汗后当风等而致外感风寒咳嗽。症见咳嗽，痰稀、色白，伴有头痛，鼻塞，喷嚏，流清涕，骨节酸痛，恶风无汗，舌淡苔薄白，脉浮紧。风寒咳嗽轻症，用止嗽散加减治疗；若因素体肺气亏虚，复感风寒，则应用玉屏风散加味补益肺气；若属风寒咳嗽重症，咳嗽，痰稀，伴头痛项强，恶寒，发热无汗，当用三拗汤加止嗽散加减治疗。

（邹鑫鑫　张念志整理）

案例2　风燥咳嗽

陈某，女，45岁，1998年9月6日初诊。

主诉：干咳1周。

病史：患者近日疲劳奔波，周身酸楚，口干，咽痛、咽痒，干咳，服用双花口服液等未见改善。

现症：干咳，阵发呛咳，痰少质黏，口干咽燥，咽痒即咳，舌淡红苔薄，脉浮细。

中医诊断：咳嗽。证属风燥犯肺，肺失宣肃。

西医诊断：上呼吸道感染。

治法：祛风润燥，化痰止咳。

处方：蝉蜕 8g，南沙参 15g，荆芥穗、麦冬、杏仁、前胡、炙百部、炙紫菀、款冬花各 10g，川贝母 5g。服 5 剂。

复诊：患者诉诸症渐消，每日 1 剂，原方继进 4 剂。

【按】 此案以祛风润燥法治咳。风为阳邪，易胜湿伤津化燥，亦易袭阳位，素体阴虚之人尤易外感风燥之邪，使肺失清润而咳。症见干咳无痰，或痰少黏稠难以咳出，或痰中带血丝，鼻燥咽干，舌苔薄白而少津，脉浮或浮数，或伴有恶风、头痛等。在止嗽散基础上常配伍桑叶、薄荷、蝉蜕、南沙参、麦冬、玄参、贝母、玉竹等以增强祛风润燥之力。

（邹鑫鑫　张念志整理）

案例 3　风痰咳嗽

郑某，男，36 岁，1999 年 2 月 8 日初诊。

主诉：咳嗽、咳痰 10 余天。

病史：患者受凉后咳嗽、咳痰，自服阿奇霉素、止咳糖浆，效不明显，仍咳。

现症：咳嗽，痰多色白、有泡沫，夜间咳剧，喉痒阵发，胸脘痞满，纳少，苔薄白，脉细滑。

中医诊断：咳嗽。证属风痰犯肺，肺失清肃。

西医诊断：急性上呼吸道感染。

治法：祛风化痰，宣肺止咳。

处方：荆芥穗、防风、杏仁、炙紫菀、款冬花、炙百部、前胡、陈皮、炙

甘草各 10g，茯苓 15g，蝉蜕 8g。每日 1 剂，连服 7 剂。

复诊：患者诉咳减痰少，予止嗽化痰颗粒巩固。

【按】 此案祛风化痰以治咳。咳嗽时似无表证，或先有表证，表解后咳嗽迁延不愈，症见咳嗽突发突止，痰多泡沫或喉痒，痰鸣，苔薄白，脉滑利者。韩师多认为属风痰恋肺，治宜祛风解痉，化痰止咳。以止嗽散或二陈汤为基础上，酌情选择防风、荆芥以祛外风，也可选蝉蜕、僵蚕等以祛风解痉止咳。

（邹鑫鑫 张念志整理）

案例 4 风热咳嗽

徐某，男，65 岁，2007 年 9 月 4 日初诊。

主诉：咳嗽 1 周。

病史：患者受凉后咳嗽 1 周，血常规正常，胸透未见异常。

现症：干咳无痰，喉痒，伴鼻流清涕，口干，舌红苔薄黄，脉弦滑。

中医诊断：外感咳嗽。证属风热犯肺。

西医诊断：上呼吸道感染。

治法：疏风清热，润肺止咳。

处方：二花各 10g，连翘 10g，干蝉衣 10g，荆芥穗 10g，光杏仁 10g，桑白皮 10g，炒黄芩 10g，炙紫菀 10g，款冬花 10g，大贝母 10g，粉前胡 15g，北沙参 15g。每日 1 剂，水煎服，服 7 剂。

二诊（2007 年 9 月 11 日）：咳吐黏痰，咳减，喉痒，无流涕，舌淡红苔薄，脉弦滑。前方去干蝉衣、二花、连翘，加枇杷叶（包煎）10g，广陈皮 10g，紫丹参 10g。续进 7 剂。

三诊（2007 年 9 月 18 日）：干咳无痰，饮冷易咳，舌脉如前。干葛根 10g，光杏仁 10g，粉前胡 10g，炙百部 10g，炙黄芪 15g，炒白术 10g，清防风 10g，南沙参 15g，大麦冬 10g，云茯苓 15g，广陈皮 10g。

【按】 外邪伤肺，肺气壅遏不宣，清肃之气失常，气道不利，肺气上逆，治法采用疏散外邪，宣通肺气为主。古贤有云“初治必须发散，而又不可过散，不散则邪不去，过散则肺气必虚”，使咳嗽缠绵难愈。

本例风热袭表，肺气不宣，鉴其属风热表证，热毒较重，故选用辛凉解表之重剂银翘散合可治诸般咳嗽的止嗽散加减。二花、连翘疏风清热，桑白皮、炒黄芩清泄肺热，紫菀、款冬花化痰止咳，前胡、杏仁清肃肺气。时值秋季，风热又有伤阴之嫌，加用沙参、麦冬。患者年高气虚，遇冷易咳，故予黄芪、白术、茯苓以示四君子之意。

（朱慧志整理）

内伤咳嗽

案例1　痰湿蕴肺

曹某，女，7岁，2007年8月28日初诊。

主诉：咳嗽半年。

病史：患者反复咳嗽半年，曾于外院住院诊治，时诊断为“弓形虫病”，症状未断。

现症：咳嗽，痰多色白、有泡沫、时有黏稠白痰，时有呕吐，不发热，无鼻塞流涕，易感冒，易出汗，纳少，舌红苔黄。

中医诊断：内伤咳嗽。证属痰湿蕴肺。

西医诊断：弓形虫病，巨细胞包涵体病。

治法：健脾益气，化痰止咳。

处方：炙黄芪10g，炒白术8g，全当归8g，清防风8g，广杏仁8g，粉前胡8g，炙百部8g，炙紫菀10g，款冬花10g，象贝母8g，广陈皮8g，云茯苓10g。每日1剂，水煎服，服7剂。

二诊（2007年9月14日）：晨起干咳，痰少，易出汗，易感冒，治拟益气固表，润肺止咳。原方去前胡、贝母、陈皮、茯苓、炙黄芪，加生黄芪10g，太子参10g，北沙参10g，五味子8g，山萸肉8g。续进7剂。

三诊（2007年9月28日）：服药后未咳，自汗减轻，舌干，时恶心。原意出入，拟炙黄芪10g，炒白术8g，清防风8g，山萸肉8g，北沙参10g，全当归8g，太子参10g，广陈皮8g，春砂仁6g，五味子8g，炙甘草6g。续进7剂。

四诊(2007年10月11日):咳、汗、恶心诸症俱消。巩固治疗,予炙黄芪10g,炒白术8g,清防风8g,太子参10g,全当归8g,北沙参10g,光杏仁8g,广陈皮10g,粉前胡8g。7剂,嘱随诊。

【按】 咳嗽是肺系疾病的主要证候,肺为五脏之华盖,外感六淫或内伤,使其宣发肃降功能失常,肺气上逆而引起咳嗽。咳嗽的病因分为外感和内伤两大类。本例患儿证属内伤咳嗽,内伤咳嗽多责之"痰"与"火"。《素问·咳论》:"五脏六腑皆令人咳,非独肺也。"小儿脾气不足,脾为生痰之源,水谷精微不能上输养肺,聚生痰浊。炙紫菀,甘润苦泄,辛温而不燥,长于化痰;款冬花,润肺止咳化痰,长于止咳;前胡,辛散苦降,宣肺散风,降气化痰;杏仁,宣滞散寒,降气祛痰;贝母,清肺止咳,润肺化痰;二陈,加强治痰之功,诸药去除已生之痰;黄芪、炒白术、太子参益气健脾,以标本兼顾。

(朱慧志整理)

案例2 肝火犯肺

刘某,女,36岁,1997年9月14日初诊。

主诉:咳嗽2月余。

病史:患者发病前无上呼吸道感染病史,查血常规基本正常,胸透示双肺纹理稍增粗,服用抗生素无效转中医诊治。

现症:干咳无痰或痰少质黏,时有刺激性呛咳,两胁胀满,口苦咽干,且每于经前或情绪变化时咳嗽加重,纳食、睡眠均正常,二便可,舌红苔薄,脉细弦。

中医诊断:咳嗽。证属肝火犯肺。

西医诊断:急性支气管炎。

治法:疏肝理气,宣肺化痰。

处方:柴胡、郁金、白芍、全当归、青皮、陈皮、青黛、炒黄芩、杏仁、炙百部、款冬花各10g。连服7剂后,咳减。

复诊:症状改善,继服原方10剂而愈,后继随诊巩固。

【按】 此案乃韩师从肝论治咳嗽。《素问·咳论》谓"肝咳之状,

咳剧则两胁下痛”，肝与咳嗽之证亦有着密切的关系。肝主疏泄，条达全身之气机；肺主气，司呼吸，其宣肃之功能需赖气机之条畅。肝与肺升降相因，气血相依，经络相连，肝失疏泄，气机升降失和，肝气郁结化火，循经上扰，犯肺刑金，则肺失清肃而咳。临床表现为干咳，两胁胀满，可伴见面红目赤，心烦易怒，口苦咽干，可因情绪变化而波动。疏理肝气以治肝咳，韩师喜用柴胡疏肝散、逍遥散、黛蛤散等加减，效甚验。

（邹鑫鑫　张念志整理）

案例 3　肺阴亏虚

刘某，男性，51 岁，1997 年 8 月 14 日初诊。

主诉：反复咳嗽 5 年，再发 3 月余。

病史：患者近 5 年来反复出现咳嗽，每发逾月，秋冬为甚。胸片提示肺纹理增多、增粗，上肺见陈旧性结核。

现症：干咳少痰，质黏、黄白相兼，口干咽燥，五心烦热，大便不爽，乏力，纳差，舌红少苔，脉细无力。

中医诊断：咳嗽。证属肺阴亏虚，肺失润降。

西医诊断：慢性支气管炎。

治法：养阴润肺，止咳化痰。

处方：北沙参、生地黄各 15g，麦冬、川贝母、杏仁、炙紫菀、款冬花、炙百部、黄芪各 10g，白术 20g。连服 7 剂。

复诊：咳嗽诸症减轻，继用 15 剂而愈。

【按】　此案以养阴润肺法治咳。肺主秋令，有肃降功能，喜清肃和降，苦于上逆肺虚咳嗽，临床多表现为肺阴虚损之咳嗽，如汗、下太过或外感温热，失治或治之不当，日久不愈，耗伤肺阴，肺阴亏虚，肺失滋润而生燥热，肺气上逆而咳。其临床特征为久咳不止，干咳少痰，或痰中带血，口干咽燥，午后潮热，形体消瘦，舌红少苔，脉细无力。治拟润养肺阴，韩师擅用沙参麦冬汤加减。

（邹鑫鑫　张念志整理）

案例4　阴虚肺热

郑某，女，62岁，2007年11月28日初诊。

主诉：反复咳嗽3年，再发1周。

病史：患者有慢性支气管炎病史3年，常因季节变化或气候变化而诱发。此次由于小雪前后气候骤变，诱发咳嗽，咳痰。经静脉滴注多种抗生素，服用多种中西药均效果不佳，遂来求治。

现症：干咳，咳声短促，痰少色黄，偶痰中带血丝，唇干，舌红苔少，脉沉细。

中医诊断：咳嗽。证属肺阴亏虚，虚热内灼。

西医诊断：慢性支气管炎。

治法：养阴清热，止咳化痰。

处方：野百合、天冬、麦冬、紫丹参、太子参、云苓各15g，生、熟地各20g，炙百部、炒黄芩、广陈皮、炒白术、象贝母、玄参、桑白皮各10g，炙甘草8g。14剂，水煎服，每日1剂。

二诊（2007年12月12日）：服上方后，晨起咳痰量少，色黄白相兼，成块状，进食后痰多，近一日未见痰中带血，纳寐可，无盗汗，舌红偏暗，苔薄，脉沉细。

处方：上方野百合增加为20g，玄参增加为15g，去天冬、麦冬、桑白皮、太子参，加炙黄芪、党参各15g，全当归10g。14剂，水煎服，每日1剂。

三诊（2007年12月26日）：服上方后，咳吐白色泡沫状痰，兼夹1～2口黄痰，曾有痰血，口干耳鸣，余无不适，舌脉同前。

处方：野百合20g，生、熟地各20g，玄参、紫丹参、云苓、炙黄芪各15g，象贝母、炙百部、炒黄芩各10g，全当归、广陈皮、黄精、白及、炙紫菀、款冬花、前胡、荆芥穗各10g。14剂，水煎服，每日1剂。

四诊（2008年1月10日）：服上方14剂后，口干、耳鸣减轻，晨起咳痰2口，偶有痰中带血（由鼻倒流），舌红苔薄，脉沉细。

处方：上方去象贝母、熟地、全当归、前胡、荆芥穗，加法半夏10g、北沙参15g、桑白皮10g。7剂。

2008年3月2日患者来电诉服上方后一般情况可，精神佳，咳嗽、咳痰、痰中带血症状已基本消失。

【按】 本案亦为肺阴亏耗，然与上案仅肺失濡润有别。此患肺阴不足致阴虚火炎，灼津为痰，甚则热伤血络，致干咳、痰少色黄或痰中带血。方选百合固金汤加减，以养阴清热，肃肺止咳。然阴亏多不独行，必伴气虚之存，故二诊时考虑加炙黄芪、全当归、党参以益气化津。内伤咳嗽者病程多较长，有先病气阳不足而影响津血者，又有先病津血亏虚而及于气阳者，临床治疗应综合分析，辨明病机，治宜阴阳互求，气血互生。

（左琳　张念志整理）

喘　证

案例1　肾气亏虚

孟某，男，59岁，1998年12月3日初诊。

主诉：反复咳、痰、喘10余年。

病史：患者有慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿病史10余年，每于受寒凉后咳嗽，咳痰，气喘。

现症：咳嗽，痰白清稀，咳时遗溺，胸闷气喘，动则尤甚，伴见腰膝酸软，夜尿多(4～5次)，舌淡苔白，脉沉细。

中医诊断：喘证。证属肾气亏虚。

西医诊断：慢性阻塞性肺疾病(缓解期)。

治法：补纳肾气，化痰平喘。

处方：生地黄、山茱萸、泽泻、丹皮、胡桃肉、补骨脂、款冬花、炙紫菀各10g，附片、浙贝母各8g，肉桂6g，蛤蚧1对。研粉装胶囊后吞服，每次2粒，每日3次。服14天后咳喘减轻，守方继用以巩固。

【按】 此案乃补肾纳气法治虚喘。虚喘多责之肺、肾二脏，肾主纳气，肺主呼气。《杂病会心录》指出："《经》谓肾脉多上贯肝膈，入肺中，循喉咙，所以肺金之虚，多由肾水之涸，而肾与肺又属母子之脏，呼

吸相应，金水相生。”肾虚咳喘，多因肾阳不足，肾不纳气，水湿上泛所致。对于咳喘，动则尤甚，咳时遗溺，痰多清稀，腰膝酸软，夜尿频多，舌淡，脉沉细。韩师治拟补肾纳气，擅用肾气丸加人参、蛤蚧、胡桃肉、补骨脂等之味，并喜研粉装胶囊，方便服用。

（邹鑫鑫　张念志整理）

案例 2　痰湿蕴肺

范某，男，67 岁，2007 年 9 月 12 日初诊。

主诉：咳嗽、咳痰、气喘 2 周。

病史：患者近 20 年每于冬季或受凉后出现咳嗽、咳痰，近 10 余年来出现气喘，并呈渐进性加重，反复住院诊治。胸片及胸部 CT 提示慢支、肺气肿。近日因症状再发就诊。

现症：胸膺满闷，短气喘促，稍劳即甚，时有哮鸣，晨起咳少量白痰，纳食不振，腹胀，大便尚可，夜尿 3～4 次，舌暗淡苔黄腻，脉细滑。查体：双肺满布哮鸣音，心率 86 次 / 分，律齐。

中医诊断：肺胀。证属肺脾气虚，痰湿蕴肺。

西医诊断：慢性阻塞性肺疾病（急性加重期）。

治法：补益脾肺，化痰平喘。

处方：党参 20g，炒白术 10g，云苓 15g，炙甘草 8g，广陈皮 10g，淮山药 15g，炙黄芪 20g，炙紫菀 10g，熟地 20g，五味子 10g，建曲 10g，炒二芽各 10g，炒山楂 10g，藿香 10g，制川朴 10g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

二诊（2007 年 9 月 26 日）：服上方 14 剂后，胸膺满闷减轻，腹胀减，纳食可，但天气变化时仍有喘促，常伴有少腹胀满，舌脉同前。

处方：前方去淮山药、熟地、五味子，加补骨脂 10g，益智仁 10g，台乌药 10g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

三诊（2007 年 10 月 17 日）：服药后少腹胀满稍减，纳食可，但胸骨下憋气，活动后多作，持续 2～3 秒，舌脉同上。

处方：上方去藿香、川朴、益智仁、台乌药，加紫丹参 15g，春砂仁

6g，白檀香 5g，法半夏 10g，广木香 10g，大麦冬 15g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

四诊（2007 年 10 月 31 日）：又服 14 剂，精神好转，纳食稍振，仍动有气喘，苔薄，脉细滑。予异功散、玉屏风散巩固疗效。

【按】 本例患者病久伤正，加之年老体虚，故难适应天气变化而诱发本病。证见胸膺满闷，短气喘促，稍劳即甚，咳痰，纳食不振，结合舌、脉象辨证为肺脾气虚，痰湿蕴肺，故投以补益脾肺，化痰定喘，补肾纳气之方，取得比较满意之疗效。

（左　琳　张念志整理）

案例 3　心阳不振

孙某，男，68 岁，1999 年 1 月 24 日初诊。

主诉：咳嗽、咳痰、气喘 1 月余。

病史：患者近 20 年常有咳嗽、气喘，每于冬春季节发作，近 5 年来症状明显加重，1 月前受凉后再次发病。双肺 CT 提示阻塞性肺气肿；心电图见肺性 P 波。

现症：咳嗽气短，心悸胸闷，不能平卧，咳痰清稀量少，口唇轻度发绀，四肢不温，双下肢水肿，舌淡苔薄，脉沉迟。

中医诊断：喘证。证属心阳不振。

西医诊断：肺心病。

治法：温养心气，止咳平喘。

处方：桂枝、茯苓、白术、汉防己、车前草、太子参、炙百部、前胡、杏仁各 10g，煅龙骨、煅牡蛎各 15g，附片、炙甘草各 8g。服药 2 周后症状改善。

二诊：患者诉每因受凉易发，继用上方加减，病情保持平稳，坚持随诊。

【按】 心主血脉，肺朝百脉，心气被伤，心阳不振，不能温通血脉，肺脉失于心阳之温通致肺气上逆而喘。其临床特征为咳嗽，咳痰清稀而量少，胸闷心悸或胸部隐痛，甚则气喘不得平卧，形寒肢冷，舌苔薄

白，脉沉迟。治拟温养心气为主，韩师每用桂枝甘草龙骨牡蛎汤、苓桂术甘汤加减。药既奏效，可宗法调治，患者诸恙可缓，然肺心病乃疑难大证，终需耐心调养，方可带病延年。

（邹鑫鑫　张念志整理）

悬　饮

案例　饮停胸胁

陈某，男，45 岁，1999 年 4 月 15 日初诊。

主诉：咳喘、胸闷半月余。

病史：患者工作疲劳，稍咳喘，未加注意，继而胸闷渐重，外院胸片示右侧胸腔积液，经相关检查性质未定。转而求治中医。

现症：咳嗽，咳少量白色泡沫样痰，气喘不能平卧，右侧胸胁胀满疼痛，深呼吸及转侧时尤甚，舌苔白滑，脉弦滑。

中医诊断：悬饮。证属饮停胸胁。

西医诊断：胸腔积液性质待查。

治法：逐水驱饮。

处方：葶苈子、五加皮、桂枝、川芎、杏仁、款冬花、泽泻各 10g，猪苓、茯苓各 15g，车前子（包煎）20g，浙贝母 8g，大枣 8 枚。服 5 剂后，胸闷明显改善，胸水 B 超提示胸水减少。继服上方 14 剂症状，B 超提示胸水吸收。随访两月，胸水未见反复。

【按】 韩师用逐水驱饮法治疗此证。肺具有输布津液及通调水道之功能，如肺气郁滞，不能宣通布散水液，气不布津，饮停胸胁，上迫于肺，而致咳唾胸胁引痛。其临床特征为咳嗽气促，胸胁胀满疼痛，或面目浮肿，舌苔白滑，脉弦滑。《医部全录・咳嗽门・方》有：“葶苈散，治咳嗽面目浮肿，不得平卧，涕唾稠黏。”韩师取用葶苈散、葶苈大枣泻肺汤加车前子、五加皮等疏利水气。

（邹鑫鑫　张念志整理）

哮　证

案例　寒哮

宋某，男，16岁。2007年9月6日初诊。

主诉：发作性咳嗽，气喘3天。

病史：患者反复咳嗽10年，再发1月，近3日夜间出现咳嗽、哮喘。

现症：咳嗽，咳痰，痰白清稀，口干，怕热，易汗出，寐差，舌淡苔薄腻，脉沉细略数。

中医诊断：哮证。证属寒哮。

西医诊断：支气管哮喘。

治法：温化痰饮，止咳平喘。

处方：射干10g，炙麻黄6g，炙紫菀10g，款冬花10g，炙百部10g，粉前胡10g，炒白芍15g，五味子10g，光杏仁10g，荆芥穗6g，北细辛6g，法半夏10g。服7剂，每天1剂，水煎服。

二诊（2007年9月13日）：夜间咳嗽、哮喘好转，痰清稀，易出汗，舌脉同前。治拟兼顾，原方去北细辛，加白僵蚕6g，炙甘草8g，炙黄芪15g，炒白术10g，清防风10g。续进7剂。

三诊（2007年9月20日）：哮喘未作，夜仍咳，痰少清稀，舌淡苔薄，脉细。拟祛风化痰，活血平喘。原方去荆芥穗、清防风、白僵蚕，加干姜6g，当归10g，党参10g，大枣5枚。续进7剂。

五诊（2007年9月27日）：药后悉症俱减，嘱坚持异功散、玉屏风散调复。

【按】《证治汇补·哮病》曰："哮即痰喘之久而常发者，因内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮病。"本例辨证属寒哮，治以温肺祛痰，降气平喘。半夏、茯苓燥湿化痰，紫菀、款冬花润肺化痰，僵蚕、荆芥祛风化痰。"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"，治在温肺化痰基础上加以培土生金，故复诊时

加党参、大枣，补气健脾，以杜生痰之源，并坚持以异功散、玉屏风散调服改善肺脾气虚体质，减少发作。

（朱慧志整理）

肺　　积

案例　气阴两伤

患者，男，77岁，2007年9月26日初诊。

主诉：咳嗽、咳血11月余。

病史：患者近1年来时有咳嗽、咳血，体重下降，易感冒，吸烟史数年。经检查诊断为右下肺鳞癌。

现症：咳嗽，痰色白、量少，纳食可，寐安，二便如常，时自汗，脉弦缓、寸弱，苔淡黄腻。

中医诊断：肺积。证属气阴两伤，热毒痰瘀。

西医诊断：右下肺鳞癌。

治法：益气养阴，清热解毒。

处方：生黄芪20g，太子参15g，天冬15g，炒薏仁20g，莪术10g，山慈姑15g，白花蛇舌草20g，石见穿10g，石上柏10g，半边莲20g，百合20g，灵芝20g，鱼腥草20g，桑白皮10g，炒黄芩10g。14剂，每日1剂，水煎分2次服。

二诊（2007年10月17日）：咳嗽减轻，痰血消失，有少量白色泡沫样痰，不易咳出，声沙不著，脉弦滑，苔薄。

处方：上方去炒黄芩、百合、桑白皮、石上柏，加半枝莲20g，象贝母10g，蒲公英20g，建曲10g，陈皮10g，玄参15g。再服14剂。

三诊（2007年10月31日）：痰色白，自汗，脉弦滑，苔薄。

处方：上方玄参15g改为10g，去建曲，加仙鹤草20g，猪苓15g，茯苓15g，浮小麦30g。再服14剂。

四诊（2007年11月28日）：痰白、量较多，易咳出，无痰血，口干，便干欠畅，无自汗，纳、寐如常，夜尿4～5次，脉弦滑尺弱，苔薄。

处方：炙黄芪 20g，太子参 15g，天冬 15g，炒薏苡仁 20g，莪术 10g，山慈姑 10g，鱼腥草 20g，象贝母 10g，玄参 15g，法半夏 10g，云苓 15g，广陈皮 10g，火麻仁 10g，北沙参 15g，灵芝 20g，蒲公英 20g，炒山栀 10g。再服 14 剂。

五诊（2007 年 12 月 26 日）：偶咳吐痰血，现咳嗽、咳痰，口苦，活动后咳嗽明显，苔薄白，脉弦滑，纳寐可。

处方：上方去火麻仁、炒山栀、蒲公英、云苓、法半夏、广陈皮、北沙参，加麦冬 15g，白花蛇舌草 15g，炒黄芩 10g，酸枣仁 15g，茯神 15g，大生地 20g，白及 10g。再服 14 剂。

六诊（2008 年 1 月 9 日）：咳吐白色泡沫样痰，活动后气促，纳寐可，偶咳血，苔薄白，脉弦滑。

处方：上方去酸枣仁、茯神、大生地、白及，加法半夏 10g，云苓 15g，陈皮 10g，仙鹤草 20g，炙紫菀 10g，款冬花 10g，炙百部 10g。再服 14 剂。

七诊（2008 年 8 月 16 日）：继服 2007 年 12 月 26 日方。患者遵方继服 5 月余，复查一般情况良好，嘱患者照上方继服，以巩固治疗，定期复查。

【按】《内经》曰："邪气居其间。"《中藏经・论痈疽疮肿》云："夫痈疡疮肿之所作也，皆五脏六腑蓄毒之不流则生矣，非独营卫壅塞而发者也。"肺癌是由癌毒侵袭于肺而发生于肺部的癥积，随癌肿大小及阻滞部位等的差异，可表现出咳嗽、咳痰、气喘、胸痛、发热、咯血、消瘦、疲劳等症状。肺癌癌毒具有致病乖戾、正气难敌、病情恶化迅速，易伤正气、累及五脏、终损阴阳气血之特点，常规辨治，难以奏效。且病情顽固、容易复发，易流窜走注、预后不良。癌毒阻肺可进一步引发痰浊、血瘀、热郁、气虚、阴伤等病理演变，导致多种不同临床证候。本案患者证属气阴两伤，热毒痰瘀互结，而致肺络受损。韩师采用益气养阴、清热解毒法，扶正祛邪，取得了较好的疗效。

（邹鑫鑫　张念志整理）

咯　血

案例　阴虚火旺

陈某，男，70岁，2009年11月27日初诊。

主诉：反复咯血3年余，加重3月。

病史：每日晨起咯血1～2口，血色鲜红，痰少色黄，或为唾液。

现症：形体消瘦，心烦口干，舌干红少苔，脉细偏数。

中医诊断：咯血。证属阴虚火旺。

西医：支气管扩张。

治法：滋阴润肺，清热止血。

处方：玄参10g，当归10g，熟地黄20g，麦冬10g，白芍10g，百合20g，生地黄20g，浙贝母10g，仙鹤草15g，藕节炭10g，地榆炭10g，三七4g，白及10g，黄芩10g，桑白皮10g，侧柏叶10g，地骨皮10g，15剂。水煎服，每日1剂。

二诊（2009年12月25日）：药后血减，3日后咯血全止。

刻诊：咽干不适，晨咳少量淡黄色痰，不易咳出，咽红，舌淡红、苔白，脉细。前方去仙鹤草、藕节炭、地榆炭、三七，加南、北沙参各10g，胖大海6g，续服15剂。

【按】　随咳嗽而出血谓之咳血，不咳而出谓之咯血，本案属后者。患者素体阴虚，病后伤阴，致肺阴亏虚，虚火内炽，灼伤肺络，故见咯血鲜红；阴虚津少故痰少色黄；津液不能上承，则口干；阴虚内热，故心烦；舌干红少苔，脉细偏数为阴虚内热之象。治拟滋阴润肺，清热止血，方用百合固金丸合泻白散加减。方中百合、麦冬为君药，清润肺燥，清虚火而止咳。生地黄、熟地黄、玄参共为臣药，生地黄养阴和络，凉血止血；熟地黄滋阴养血，补肾填精；玄参清热养阴，滋水降火，利咽解毒。君臣相配，滋肾阴，降虚火，金水相生。白芍、当归身滋阴养血，柔肝保肺。浙贝母润肺化痰止咳。仙鹤草、侧柏叶、地榆炭凉血止血，藕节炭宁络止血，三七散瘀止血，白及收敛止血。桑白皮、地骨皮清润

化痰。黄芩兼清余热邪气。二诊出血已止，故去止血药，加用南、北沙参，养阴润喉；胖大海清热润肺，以善其后。

（韩　辉　吴丽敏整理）

便　血

案例　气血两虚

喻某，女，71岁，2007年10月10日初诊。

主诉：便血1个月。

病史：患者反复便血10年，近1月再发，结合本院肠镜检查，诊断为溃疡性结肠炎。

现症：便血1日数次，色淡量少，动则气促，面色㿠白，四肢水肿，舌淡苔薄，脉细数。

中医诊断：便血。证属气血两虚。

西医诊断：溃疡性结肠炎。

治法：疏风清热，润肺止咳。

处方：炒黄芩10g，炒黄连6g，炒山栀10g，地榆炭20g，茜草炭10g，荆芥炭10g，槐角20g，槐花炭15g，阿胶（另冲）10g，炒枳壳10g，三七粉（另冲）6g，炒白芍10g，大生地20g，当归10g，淮山药20g，炒白术10g，仙鹤草30g，生黄芪10g。服7剂，每日1剂，水煎服。

二诊（2007年11月28日）：经治，现水肿著减，面部已不肿，下肢及眼睑水肿亦减，仍便血，量减少，动则气促。

处方：原意出入，改生黄芪10g为炙黄芪20g；去炒黄芩、炒黄连、炒山栀、茜草炭、荆芥炭、槐角、炒枳壳、三七、炒白芍、大生地、淮山药；加全当归10g，炒白术10g，茯苓15g，太子参15g，龙眼肉10g，炙甘草8g，陈皮10g，泽泻15g，续进7剂。

三诊（2007年12月26日）：近1日便血减至2次，色暗，仍有心悸，脉细滑，舌淡苔薄。

处方：炒黄芩10g，炒黄连6g，炒山栀10g，地榆炭20g，茜草炭

10g，荆芥炭 10g，槐花炭 15g，阿胶（另冲）10g，仙鹤草 30g，炙黄芪 20g，全当归 10g，大生地 20g。服 14 剂，每天 1 剂，水煎服。

四诊（2008 年 1 月 16 日）：药后便血著减，近 1 周已无便血，肢肿、乏力、心悸消失，脉细滑，舌淡暗苔薄。

处方：12 月 26 日方加太子参 15g，炒白术 10g，茯苓 15g，炙甘草 8g。服 14 剂，水煎服。

【按】 本例便血病机为邪结阴分，阴络受损。对便血的治疗《济生方》提出“风者散之，热者清之，寒者温之，虚者补之”。本患便血反复发作，经久不止，血色淡红，属虚证。虚证便血，是由于气血亏虚，脾虚气陷，气机升降失调，气血下坠于肛门而便血，脾虚生湿，血虚生燥热是临床常见兼证。方中黄芪补中益气升阳，白术燥湿健脾，太子参、茯苓益气健脾，当归补血和营，地榆、茜草、荆芥、槐花炒为炭用，意在止血，黄芩泄热清肠、凉血止血，甘草健脾益气，调和诸药。便血不论新久，均有气滞血瘀存在，不能因为患者的虚象，而一味采用补血益气止血之剂，宜及早加用泻热之味，便血自止。

（朱慧志整理）

胸　痹

案例 1　气虚血瘀

患者，女性，59 岁，1991 年 10 月 6 日初诊。

主诉：发作性胸骨后隐痛 2 周余。

病史：患者反复发作性胸骨后隐痛 2 年余，多在劳累后发作或加重，心电图提示 ST 段改变。外院诊断为冠心病心绞痛。

现症：胸骨后憋闷、隐痛，每因劳累、活动后诱发，夜间亦多发，影响睡眠，伴气短、乏力，面色无华，头晕目眩，心悸自汗，舌胖淡黯，边有齿痕，舌下静脉粗长扭曲而紫暗，脉濡缓。

中医诊断：胸痹。证属气虚血瘀。

西医诊断：冠心病心绞痛。

治法：益气祛瘀，养血通脉。

处方：炙黄芪、丹参各 30g，川芎、当归、黄精、炒白术、葛根、红花、酸枣仁、益母草各 15g，麦冬 10g，人参 6g（另炖），桂枝 4g。14 剂，水煎服，1 日 1 剂，分 2 次服。

上方加减 2 次余，症状消失。随诊月余未发，嘱长期服用丹参滴丸，坚持随访。

【按】 胸痹之本为虚，由虚及实，临证多为本虚标实并见，本虚多责之气阴不足，标实多为气滞、痰阻、血瘀。本案辨为气虚血瘀，心失荣养，以益气祛瘀为法，使气足血活，瘀去新生。然心气虚久，可伴有心阴亏耗，故酌情益气与养阴并用。胸为清阳之府，不喜浊阴之邪，故在活血同时，适当理气、化痰。

（邹鑫鑫　张念志整理）

案例 2　寒凝血瘀

杨某，女，55 岁，2007 年 9 月 26 日初诊。

主诉：胸闷憋气 2 周。

病史：患者反复胸闷憋气 20 余年，多方求治，2002 年 7 月外院胸部 CT 提示结节病。曾在某院住院治疗，症状改善后出院。后症状反复发作。

现症：胸闷憋气，伴有四肢、前额、背部麻木酸痛，神疲乏力，咳白色黏痰，口唇发绀，舌暗，苔薄，脉沉细缓。

中医诊断：胸痹。证属寒凝血瘀。

西医诊断：结节病。

治法：辛温散寒，宣通心阳。

处方：全瓜蒌 15g，薤白 10g，法半夏 10g，紫丹参 15g，白檀香 6g，炙黄芪 20g，川桂枝 15g，炒白芍 10g，炙甘草 8g，大枣 10g，全当归 10g，赤芍 10g，莪术 10g，红花 6g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

二诊（2007 年 10 月 17 日）：胸闷、憋气稍有减轻，时有腹胀，胃腹

灼热，口干，腰酸痛。舌暗红，苔薄而干，脉沉细。

处方：薤白10g，全瓜蒌15g，法半夏10g，紫丹参15g，赤芍10g，莪术10g，炒薏苡仁20g，大麦冬15g，北沙参15g，莱菔子10g，蒲公英20g，太子参15g，炒白术10g，川杜仲10g，川续断15g。14剂，水煎服，每日1剂，分2次服。

三诊（2007年10月31日）：胸闷、憋气如前，腹胀灼痛，脉细。

处方：上方去杜仲、川续断、莱菔子，加茯苓15g，陈皮10g，炙甘草8g，延胡索10g，炒白芍10g，知母15g，7剂，水煎服，每日1剂，分2次服。

四诊（2007年11月7日）：胸闷、憋气减轻，伴口干，眼干，纳差，乏力，气短，胃痛，腰酸。

处方：太子参、炒白术、炒薏苡仁、云苓、麦冬、北沙参、紫丹参各15g，蒲公英20g，大川芎、莪术、建曲、炒山楂、炒白芍、延胡索、广陈皮各10g。21剂，水煎服，每日1剂，分2次服。

五诊（2007年11月28日）：服上方后纳差改善，仍感胸闷、憋气，乏力气短，口干，眼干，舌暗红苔薄，脉沉细。

处方：延胡索、炒白术、炒白芍、全当归、广陈皮、软柴胡、制香附各10g，党参、云苓各15g，炙甘草8g，炙黄芪、蒲公英各20g。7剂，水煎服，每日1剂，分2次服。

六诊（2007年12月5日）：服上药7剂后，口干、眼干好转，仍感轻微胸闷、憋气，畏寒，腰酸，耳麻僵硬，苔薄，脉沉细。

处方：桂枝、炒白芍、广陈皮、川杜仲、怀牛膝、大川芎、合欢花、全当归、炒白术各10g，炙甘草8g，炙黄芪20g，党参、云苓、炒薏苡仁各15g。之后定期随诊，症状基本稳定。

【按】 胸痹包括心痹和肺痹，前者多指胸痹心痛，胸痛彻背，背痛彻胸，本案则归属后者，持续胸部闷胀为重。气阳不足之体，变生寒凝气滞血瘀，本虚标实，初宜益气温阳，活血祛瘀，守方至四诊后加入疏肝理气之剂，大大增强了祛瘀散结之功效。

（左　琳　张念志整理）

案例3　阳虚血瘀

黄某，男，73岁，中国香港公民，2009年12月16日初诊。

主诉：发作性胸闷不适约半年。

病史：患者胸闷每日发作1～2次，每次持续1～2分钟，善太息。既往有糖尿病、高血压病病史。

现症：近1月心悸，活动后尤甚，伴神疲、乏力、气短，畏寒肢冷，夜尿3次，脉细弦、结代，心率46次/分，律不整，舌淡胖，苔薄。刻诊血压：150/80mmHg。

中医诊断：胸痹，心悸。证属心肾阳虚，瘀血内阻。

西医诊断：冠心病，病态窦房结综合征。

治法：理气化瘀，温阳定悸。

处方：五味子10g，麦冬10g，炙麻黄6g，制附子（先煎）10g，细辛根3g，生地黄15g，柴胡10g，赤芍10g，当归10g，红花10g，川芎10g，炒枳壳15g，桃仁10g，红参10g，炙甘草8g，黑灵芝15g，珍珠母（先煎）20g，甘松10g，服3剂。

二诊（2009年12月19日）：胸闷、心悸未作，神疲、乏力、气短著减，但仍有畏寒、肢冷，夜尿2～3次，脉细弦，苔薄舌偏暗，心率64次/分，律整。

处方：前方加巴戟天10g、补骨脂10g，再进10剂。

【按】 胸痹心悸是由邪痹心络，气血不畅而致胸闷、心悸为主症的心系疾病。患者年迈体衰，阴气自半，阴损日久，伤及阳气，心肾阳微，胸阳不运，故见胸闷胀不适；气短、神疲、乏力，动则气促、心悸；阳虚生外寒故见畏寒肢冷；肾主水，肾阳对水液有气化、蒸腾作用，若肾阳不足，蒸腾、气化无力，则出现夜尿多；心气虚无以帅血行，而致心率减慢。舌淡胖，苔薄，脉细弦均为心肾阳虚之象。治拟理气化瘀，温阳定悸之剂，方选血府逐瘀汤合麻黄附子细辛汤加减。方中以桃红四物汤活血化瘀而养血，防纯化瘀之伤正；制附子补火助阳，炙麻黄、细辛散寒，五味子补心气，麦冬养阴生津、润肺清心，柴胡、枳壳疏肝理气，红参、炙甘草大补元气，复脉固脱，益气摄血；灵芝、珍珠母、甘松安神

定悸。药证相符，故二诊心悸胸闷未发，但仍有畏寒肢冷，夜尿，故加巴戟天、补骨脂温补肾阳。

（韩　辉　吴丽敏整理）

心　　悸

案例1　心阳不振

李某，女，40岁，2007年10月17日初诊。

主诉：心悸3月，伴阵发性胸闷、气短。

病史：患者3个月前不明原因出现心悸，心电图检查示频发性期前收缩，ST－T改变。动态心电图示2小时内室性期前收缩8 992次。患者曾经住院治疗后好转，出院后一直服用抗心律失常药，1周前停药。转中医治疗。

现症：心悸气短，畏寒，易腹冷、出汗，苔薄白，脉沉细。

中医诊断：心悸。证属心阳不振，心神失养。

西医诊断：心律失常（室性期前收缩）。

治法：温补心阳，安神定悸。

处方：党参、肥玉竹、云苓各15g，麦冬、五味子、桂枝、法半夏、山萸肉、广陈皮各10g，炙甘草8g，生、龙骨、牡蛎（先入）各30g，炙黄芪30g，苦参15g，茵陈20g，淡附片6g。14剂，水煎服，每日1剂，分2次服。

二诊（2007年10月31日）：畏寒，腹冷，出汗好转。但仍气短，饭后心悸，每日发作2～3次，伴咳嗽咽痛，苔黄，脉沉细、结代。

处方：上方去淡附片，加生晒参10g，广甘松10g，琥珀（另冲）6g。14剂，水煎服，每日1剂，分2次服。

三诊（2007年11月28日）：期前收缩著减，活动后仍有，夜寐易醒，苔薄，脉沉细。

处方：上方去陈皮、苦参、琥珀，加龙眼肉10g、炙远志10g、茯神15g。14剂，水煎服，每日1剂，分2次服。

四诊(2007年12月12日):纳寐可,经前1周易烦躁,期前收缩增多,苔薄,脉沉细。

处方:前方去龙眼肉,加炒山栀10g,牡丹皮10g,合欢花15g。14剂,水煎服,每日1剂,分2次服。

五诊(2008年1月9日):服前方后,症状好转,期前收缩偶发,多在情绪变化时发,舌脉同上。

处方:上方去茯神、广甘松、炒山栀、合欢花,加大生地20g,甘枸杞15g,北沙参15g。14剂,水煎服,每日1剂,分2次服。

【按】 本例为心阳虚衰,不能温养心神所致的心律失常。心悸病机有虚实之分,虚为气血阴阳亏损,心神失养;实为气滞、血瘀、痰浊、火郁、水饮扰动心神。两者常相互夹杂。治疗上,其虚证者,或补气血之不足,或调阴阳之盛衰,以求气血调和,阴平阳秘,心神得养;其实证者,或行气祛瘀,或清心泻火,或化痰逐饮,使邪去正安,心神得宁。可配伍安神之品,加强对症。如因虚者,常配以养血安神之品;因实者,多配用重镇安神药物。

(左 琳 张念志整理)

案例2 痰热内扰

徐某,男,50岁,1992年1月12日初诊。

主诉:反复心悸1年。

病史:患者自诉1年来心悸时作时休,心电图提示频发室性期前收缩。嗜酒多年。

现症:心悸不安,时作时休,胸闷气短,倦怠乏力,口干、口苦,性情急躁,舌质红,苔黄厚腻,脉弦数。

中医诊断:心悸。证属痰热内扰,心火妄动。

西医诊断:室性心律失常。

治法:清心凉肝,镇静安神。

处方:龙胆草、炒山栀、黄芩、柴胡、生地、甘草、当归、麦冬、太子参各10g,苦参、丹参、珍珠母各20g。5剂,水煎服,每日1剂,分2次服。

二诊(1992 年 1 月 17 日):服上方后,患者胸部舒畅,心悸缓解,口干、口苦减轻。复查心电图:未见期前收缩。予原方加减治疗数月,病情好转,未再发作。

【按】 心悸多因体虚劳倦,情志内伤,外邪侵袭等,导致心神失宁而发病。其病位在心,根据病证的临床表现,应分辨病变有无涉及肝、脾、肺、肾,是病及一脏,抑或病及多脏。本例患者平素喜饮酒,嗜膏粱厚味,致痰热内蕴,且兼气虚症状,属虚实夹杂之证。韩师方用龙胆汤加苦参清利湿热,以治其标;配太子参、丹参、麦冬益气养阴活血,兼治其本;珍珠母镇惊定悸,共奏清化痰热,益气活血,宁心安神之功。

(邹鑫鑫　张念志整理)

案例 3　气阴不足

耿某,女,54 岁,2007 年 12 月 5 日初诊。

主诉:心悸 1 周。

病史:患者 2 年前因感冒发热后出现心慌、气短,曾在某院查血常规、心肌酶谱、心电图,诊断为病毒性心肌炎。入院治疗 1 个月后症状改善,出院。既往有 2 型糖尿病病史。近日因天气变化受凉后又感胸闷不适。

现症:心悸,活动后心前区不适,胸闷,气短,动则益甚,伴倦怠乏力,易汗出,夜间干咳,纳寐二便可。舌黯有齿痕,苔薄,脉沉细。

中医诊断:心悸。证属气阴不足。

西医诊断:病毒性心肌炎。

治法:养阴益气,活血化瘀通脉。

处方:生晒参 10g,大麦冬 15g,肥玉竹 15g,炙黄芪 20g,玄参 15g,炒苍术 10g,紫丹参 15g,红花 10g,益母草 15g,淮山药 15g,云苓 15g,赤芍 10g,五加皮 10g,水蛭 6g。7 剂,水煎服,每日 1 剂。

二诊(2007 年 12 月 12 日):服上方后,心悸、胸闷,心前区不适好转,但因病邪未能除尽,仍夜咳,气短乏力,舌边有齿痕,苔薄,脉沉细。

处方:前方去五加皮,加炒白术 10g,广陈皮 10g,炙甘草 8g。

三诊(2007年12月26日):服上方7剂后,已无胸闷、心悸,咳嗽基本消失,气短、乏力明显缓解。现耳鸣,血脂高,舌淡苔薄,脉细。

处方:生晒参10g,大麦冬15g,肥玉竹15g,炙黄芪20g,玄参15g,炒苍术10g,淮山药15g,云苓15g,紫丹参15g,益母草15g,泽泻15g,决明子15g,绞股蓝10g,甘枸杞10g,灵磁石(先入)30g。10剂,水煎服,每日1剂,1日2次。

四诊(2008年1月16日):患者一般情况可,耳鸣消失,复查心电图、心肌酶谱、血常规,三项均未见明显异常。目前症状主要是双臂及肘部时有疼痛,纳寐可,苔薄,脉沉细。

处方:生晒参10g,大麦冬15g,五味子10g,炙黄芪20g,丹参15g,大川芎10g,川桂枝10g,炒白芍10g,炙甘草8g,全当归10g,泽泻15g,炒山楂10g,益母草15g,葛根15g。定期随访。

【按】 本案患者除了病毒性心肌炎外,尚有高脂血症、糖尿病,根据患者初诊时的临床表现,辨证属气阴不足,兼有水饮、瘀血。治疗上先予益气养阴、活血化瘀通脉之剂。待心衰症状改善后,即去五加皮、水蛭等,再予补益脾肾,固本缓调。

(左　琳　张念志整理)

不　寐

案例　肝郁化火

黄某,男,65岁。1990年9月5日初诊。

主诉:失眠1周。

病史:患者既往有失眠史10多年,长期服用国内外多种镇静催眠药物,渐不效。近日查肝功能示谷丙转氨酶升高200u以上。

现症:彻夜不眠,心烦不安,狂躁易怒,忧心忡忡,伴有胸胁胀闷,口干、口渴,溲黄,便秘,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。

中医诊断:不寐。证属肝郁化火,上扰心神。

西医诊断:顽固性失眠。

治法：清肝泻火，镇静安神。

处方：茵陈、龙胆草、山栀、黄芩、柴胡、生地、当归各 10g，珍珠母 20g，琥珀粉 6g，大黄 6g。连服 5 剂，每日 1 剂，分 2 次服。

二诊（1990 年 9 月 10 日）：服上方后，患者夜间能安卧，诸症减轻。原方再 5 剂，失眠症状控制，复查肝功能：谷丙转氨酶降至 80U。原方减量，继服善后，随访 6 月未发。

【按】 不寐多为情志所伤、饮食不节、劳逸失调、久病体虚等因素引起脏腑功能紊乱，气血失和，阴阳失调，阳不入阴发病。病位主要在心，涉及肝、胆、脾、胃、肾。病性有虚有实，且虚多实少。患者虽以失眠为主要症状，但其病机仍为肝郁化火，上扰心神。方以龙胆泻肝汤清肝火，琥珀粉定惊安神，配以大黄泻火安神，珍珠母平肝潜阳，合用使火清木平，心静神安，既使多年顽疾治愈，又有保肝利胆作用。

（邹鑫鑫　张念志整理）

水　肿

案例 1　脾肾气虚

徐某，男，66 岁，2007 年 12 月 5 日初诊。

主诉：反复水肿、蛋白尿 13 个月，伴气短半月余。

病史：患者 1 年前因感冒、发热 6 天后出现水肿，肉眼血尿，时诊断为肾病综合征。经某院治疗症状有所缓解，长期尿蛋白：（＋）～（＋＋）。一直每天口服泼尼松 20mg。近日查尿蛋白（＋＋＋）。

现症：肢肿，乏力，气短，面赤，易激动，舌红苔薄，脉沉细。

中医诊断：水肿。证属脾肾气虚。

西医诊断：肾病综合征。

治法：健脾补肾，益气固涩。

处方：大生地 20g，肥知母 15g，炒黄柏 10g，白花蛇舌草 20g，炙黄芪 20g，炒苍术 10g，益母草 15g，金樱子 15g，覆盆子 15g，山萸肉 10g，淮山药 15g，泽泻 15g，粉丹皮 10g，党参 15g，茯苓 15g。7 剂，水煎服，

每日1剂,分2次服。

二诊(2007年12月12日):仍气短、乏力,面赤,情绪易激动,口干,舌质红,苔薄,脉弦细。复查尿蛋白(+),管型1～2/vp。

处方:上方去泽泻,加炒山栀10g,夏枯草15g。14剂,水煎服,每日1剂,分2次服。

三诊(2007年12月26日):气短、乏力、口干、面赤,情绪易激动症状明显缓解,无其他明显不适,舌质偏红,苔薄,脉沉细。复查尿蛋白(-)。

处方:大生地20g,肥知母15g,炒黄柏10g,山萸肉10g,淮山药15g,粉丹皮10g,炙黄芪20g,炒白术10g,金樱子15g,覆盆子15g,党参10g,茯苓15g,甘枸杞10g,炒白芍10g。14剂,水煎服,每日1剂,分2次服。

服上方后病情稳定,间断善后服药,病情尚稳定。

【按】 肾病综合征属于中医“水肿”范畴。本案临床辨证为脾肾不足,复感热邪。治以健脾补肾,益气固涩。《内经》曰:“诸湿肿满,皆属于脾。”张景岳亦云:“凡水肿等证,乃肺脾肾三脏相干之病,盖水为至阴,故其本在肾……水唯畏土,故其治在脾。”肾为元阳之脏,主水,感受邪热之毒,循经传于肾脏,损伤血脉,故出现蛋白尿。脾阳根于肾阳,肾为气之根,肺为气之主,日久肾阳衰惫,涉及脾肺,必乏力、气短。对于慢性疾病,辨证准确收效后,一定要谨守病机,耐心调治,守法定方,临床疗效才会满意。

(左 琳 张念志整理)

案例2 脾肾两虚

熊某,女,43岁,2007年8月29日初诊。

主诉:双下肢水肿3个月。

病史:患者于3个月前出现双下肢水肿,尿检示尿蛋白(+++),一直服用泼尼松,经治疗病情无明显好转,转来求治。

现症:下肢水肿,神疲乏力,纳少,腰膝酸软,午后尤甚,夜间双下

肢灼热感明显，近2周大便日行2～3次，便不成形，汗多，时口干，脉沉细，舌偏胖有齿印，苔薄。

中医诊断：水肿。证属脾肾两虚，水湿停聚。

西医诊断：慢性肾炎。

治法：益肾利水。

处方：生黄芪30g，炒苍术10g，炒白术10g，益母草15g，大生地20g，山萸肉10g，补骨脂10g，粉丹皮10g，泽泻15g，金樱子15g，覆盆子15g，知母10g，炒黄柏10g，川杜仲10g，川续断15g，桑寄生10g，狗脊15g，大腹皮10g，猪苓15g，茯苓15g。14剂，水煎服，每日1剂。

二诊（2007年9月12日）：自诉乏力改善明显，排尿时泡沫渐减，大便日行1～2次，成形，余症同前，脉沉细，舌偏胖，有齿印，苔薄，下肢浮肿不显著。复查尿常规示尿蛋白（＋＋）。

处方：上方去大腹皮、猪苓，加淮山药15g，炒薏苡仁15g。14剂，水煎服，每日1剂。

三诊（2007年9月26日）：症如前，舌边齿印，有2处溃疡，苔薄；下肢浮肿，傍晚明显。复查尿常规示尿蛋白（＋＋＋）。

处方：上方益母草、金樱子改为20g，去粉丹皮、知母、炒黄柏、川续断、狗脊、炒薏苡仁，加猪苓、茯苓各15g，怀牛膝10g，何首乌15g，党参15g。14剂，水煎服，每日1剂。

四诊（2007年10月17日）：水肿稍减，余症如前，脉沉细。尿常规示尿蛋白（＋＋＋）。

处方：上方益母草、金樱子、补骨脂、覆盆子改为15g，去大生地、猪苓、茯苓、泽泻、怀牛膝、川杜仲、何首乌，加大熟地20g，仙茅10g，淫羊藿15g，甘枸杞10g，女贞子10g。14剂，水煎服，每日1剂。

五诊（2007年10月31日）：服上方后，尿常规示尿蛋白（＋＋），24小时尿蛋白1.899g，近2日唇干，口角裂，时有夜间汗出，下肢水肿无明显加重。

处方：上方去仙茅、淫羊藿，加生地20g，知母10g，续断15g，狗脊10g。再服14剂。

六诊(2007 年 11 月 28 日):服上方后,腿胀减轻,仍腰膝酸痛,夜间盗汗,苔薄,脉沉细。

处方:炙黄芪 20g,炒苍术 10g,益母草 15g,补骨脂 10g,金樱子 15g,覆盆子 15g,淮山药 15g,炒白术 10g,巴戟天 10g,党参 15g,云苓 15g,泽泻 10g,何首乌 15g,制黄精 10g,甘枸杞 10g,仙鹤草 20g,续断 10g,怀牛膝 10g。再服 14 剂。

七诊(2007 年 12 月 5 日):服上方后,尿常规示尿蛋白(++),小腿酸,仍畏寒,无腰痛、盗汗,白天小便多,纳寐可,脉沉细,舌边有齿印,苔薄。

处方:上方去泽泻、何首乌、制黄精、仙鹤草、续断、怀牛膝,加淫羊藿 10g,大熟地 20g,山萸肉 10g,广陈皮 10g。再服 14 剂。

八诊(2007 年 12 月 12 日):服上方后,尿常规示尿蛋白(-),仍有腰酸、腹胀,余无不适,脉沉细,舌边有齿印,苔薄。

处方:上方去益母草、广陈皮,加续断 15g,怀牛膝 15g,杜仲 10g。再服 14 剂。

九诊(2007 年 12 月 26 日):服上方后,腰痛未停,肢肿著减,上楼腰酸,畏寒不著,反有盗汗、多梦,纳可,脉沉细,苔薄。

处方:上方去巴戟天、淫羊藿、党参、云苓、甘枸杞,加粉丹皮 10g,福泽泻 10g,益母草 10g。再服 14 剂。

十诊(2008 年 8 月 6 日):服药半年后,复诊尿常规示尿蛋白(-),视物时觉模糊,昨日腰痛,无盗汗,脉细,舌边有齿印苔薄。

处方:上方去苍术、补骨脂、川续断、福泽泻、益母草,加党参 15g,桑寄生 15g,独活 10g,甘枸杞 10g,菟丝子 10g。再服 10 剂。嘱患者按十诊方继服,以巩固治疗,定期来院复查。

【按】 慢性肾炎水肿多属于脾肾阳虚,此案依其四诊也归为之,然因一直服用糖皮质激素,长期温阳利水,有耗伤阴液之嫌,且内蕴之湿邪,日久易化热,损伤脾肾气阴,而致阴阳两虚,故用知柏、地黄,加用温阳之药,而成滋阴温肾利水之法。

(邹鑫鑫　张念志整理)

颤　证

案例 1　肝肾亏虚

杨某，男，73 岁，2009 年 8 月 10 日初诊。

主诉：肢体抖动，动作缓慢，行走易摔倒 3 年余。

病史：患者左下肢震颤起病，逐渐发展至左上肢、右下肢及右上肢拘紧，明确诊断为震颤麻痹，予以多巴丝肼、金刚烷胺、苯海索等药物治疗，效果不明显。

现症：近 2 个月肢体震颤日趋严重，筋脉拘紧强直，屈伸不利，生活不能自理，面色苍白无华，神疲乏力，畏寒，食少纳呆，心烦失眠。查体：神清，言语清晰，面部表情减少，双瞳孔等圆，双侧鼻唇沟对称，伸舌居中，四肢肌力：V°，肌张力：齿轮样增高，腱反射活跃，病理征（一），四肢静止性、姿位性震颤（＋），快复轮替动作缓慢，行走时步态小，身体前倾，双上肢自然摆动减少，舌淡，苔白，脉沉细无力。

中医诊断：颤证。证属肝肾亏虚，阴阳不足，虚风内动。

西医诊断：帕金森病。

治法：补肾阳，滋肾阴，熄风止颤。

处方：熟地 20g，麦冬 10g，山萸肉 10g，石斛 10g，五味子 10g，远志 10g，肉苁蓉 10g，巴戟天 15g，桂枝 10g，附子 10g（先煎），黄芪 15g，炙甘草 8g，木瓜 10g，薏苡仁 15g，白芍 15g，陈皮 10g，茯神 15g，酸枣仁 15g。服 20 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

现患者双上肢震颤幅度明显减轻，仅抬举时轻微震颤，行走时双手亦出现自然摆动。

二诊：上方继服 30 剂，四肢颤抖基本消失，四肢肌张力明显缓解，表情转为自然，可独立正常行走，腰部酸软及头部闷重感大为缓解。

【按】《素问・灵芝秘典论》曰："肾者，作强之官，伎巧出焉。"肾气盛，则人体动作轻劲有力，筋骨强健，动作灵敏。患者西医诊断为震颤麻痹，中医称为颤证。本病以老年患者为多，人到老年，体内肾精由

亢盛逐渐衰减，肝肾亏虚而精血俱耗，以致筋脉失于濡养，发为“颤证”，表现为动作缓慢，筋脉拘紧、强直，久病阴损及阳，而致阴阳俱亏，故见面色苍白，神疲乏力，畏寒肢冷，方用地黄饮子加减。全方补肾益精，调补阴阳，滋补肾阴，熄风止颤。方中熟地、山萸肉，滋水涵木，濡养筋脉；附子、桂枝、巴戟天、淫羊藿，温补肾阳，使阴得阳而生，阳得阴而长；更用石斛、麦冬、五味子滋阴敛液，并能制约附、桂之温燥太过；黄芪、白芍益气养血，濡养筋脉；白芍养阴柔肝，木瓜、薏苡仁舒筋活络而治筋脉拘急；远志、茯神、酸枣仁宁心安神；全方共奏补肾益精，调补阴阳，滋阴熄风，舒筋活络之功。本病为老年慢性退行性疾病，治疗不易速效，必须守方，不可因数剂无效即更方。

（韩　辉　吴丽敏整理）

案例 2　气血亏虚

林某，男，53 岁，加拿大籍。2009 年 9 月 22 日初诊。

主诉：表情减少、双上肢抖动、动作缓慢、行走不稳半年。

病史：曾在加拿大明确诊断为帕金森病，予以西医综合治疗，效果不显。有“地中海贫血”史。

现症：患者全身无力，双手震颤，步行蹒跚，自汗、盗汗，心情烦躁，容易激动，面色苍白，潮热，畏寒，舌淡，苔薄白，脉沉细而数。

中医诊断：颤证。证属气血亏虚，肾阴不足。

西医诊断：帕金森病。

治法：滋阴益肾，益气养血，敛心安神，止汗除烦。

处方：熟地 20g，山萸肉 10g，枸杞 10g，北沙参 15g，麦冬 10g，菟丝子 10g，淫羊藿 10g，炙黄芪 20g，浮小麦 30g，炙甘草 8g，大枣 10g，白芍 15g，桂枝 8g，石斛 10g，合欢花 10g，当归 10g。水煎服，每日 1 剂，分 2 次服，连服 3 天。

二诊（2009 年 9 月 25 日）：患者主诉无力症状明显改善，行走基本正常，自汗、盗汗、潮热、畏寒均减轻，但夜寐易醒，纳少，苔薄，脉沉细滑。

处方：前方去桂枝、白芍，加陈皮 10g、茯神 15g。服法同上，连服1个月。

三诊（2009年10月23日）：双手轻微震颤，余症不显，苔薄白，脉细滑。

处方：守方出入，带30剂回加拿大。

【按】《素问·灵芝秘典论》曰："肾者，作强之官，伎巧出焉。"肾气盛，则人体动作轻劲有力，筋骨强健，动作灵敏。患者西医诊断为帕金森病，中医称为颤证。本病以老年患者为多，人到老年，体内肾精由亢盛逐渐衰减，肝肾亏虚而精血俱耗，以致筋脉失于濡养，发为"颤证"，表现为动作缓慢，筋脉拘紧强直，久病阴损及阳，而致阴阳俱亏，故见面色苍白，神疲乏力，畏寒肢冷，方用地黄饮子加减，补肾益精，调补阴阳，滋补肾阴，熄风止颤。方中熟地、山萸肉滋水涵木，濡养筋脉；枸杞、菟丝子补益肾精；桂枝、淫羊藿温补肾阳，使阴得阳而生，阳得阴而长；更用麦冬、石斛、北沙参滋阴敛液，并能制约桂枝之温燥太过；黄芪、白芍、当归、大枣益气养血，濡养筋脉；合欢花、大枣解郁安神；浮小麦止汗；炙甘草调和诸药。全方共奏滋阴益肾，益气养血，敛心安神，止汗除烦之功。二诊诸症均减轻，故去桂枝、白芍，但诉夜寐易醒、纳少，加用茯神宁心安神，陈皮理气健脾调中。三诊时症状已基本消失，故守方出入。

（韩　辉　吴丽敏整理）

癫　狂

案例　痰火蒙窍

王某，女，30岁，1984年6月5日初诊。

主诉：狂躁妄动，言语错乱1周。

病史：患者有精神分裂症病史多年，曾住精神病院治疗，症状时有反复。

现症：烦扰哭叫，日夜不休，随意骂人、打人，溲黄便硬，面红目赤，

口干,舌质红,苔黄腻,脉洪数。

中医诊断:癫狂。证属痰火蒙蔽清窍。

西医诊断:精神分裂症。

治法:清肝泻火,化痰醒脑。

处方:炒山栀、黄芩、柴胡、生地、甘草、龙胆草、当归各 10g,生龙骨、生牡蛎各 20g,菖蒲、广甘松、郁金、竹茹各 10g。5 剂,水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。

二诊(1984 年 6 月 10 日):服上方后,患者狂躁症状减轻,神志清楚,夜间安卧,唯觉大便干燥。

处方:原方加大黄 6g,玄参、石斛各 10g。调治月余,病情平稳,坚持随诊。

【按】 癫狂是一种精神失常疾病,系由七情内伤,饮食失节,禀赋不足,致痰气郁结,或痰火暴亢,使脏气不平,阴阳失调,闭塞心窍,神机逆乱。其病位在心,与肝、脾、胆关系密切。本例患者呈明显的肝火上炎,神明蒙蔽之象,拟方中以龙胆汤清肝泻火,配以生龙、牡潜阳敛肝,大黄荡涤肠胃之热,菖蒲、竹茹、甘松、郁金清热宁心,祛痰醒神,合以玄参、石斛养阴增液,方证合拍,疗效显著。

(邹鑫鑫　张念志整理)

郁　证

案例　肝郁阴伤

刘某,女,45 岁,中国香港公民。2009 年 11 月 25 日初诊。

主诉:精神抑郁,情绪不宁,胸闷喜太息 3 年。

病史:近 1 年精神抑郁,心悸,胆怯,善惊恐,心烦,口干,盗汗,每晚湿衣3～4件。

现症:目干涩,耳鸣,脉细弦,尺弱。

中医诊断:郁证。证属肝气郁结,化热伤阴。

西医诊断:抑郁症。

治法：疏肝解郁，滋阴清热，敛汗安神。

处方：柴胡 10g，炙甘草 8g，桂枝 10g，淫羊藿 10g，黑枣 10g，浮小麦 30g，糯稻根 15g，合欢花 15g，炒栀子 10g，牡丹皮 10g，炒白芍 20g，煅龙骨（先煎）30g，煅牡蛎（先煎）30g，生地黄 15g，北沙参 15g，枸杞子 10g，麦冬 10g，川楝子 10g。服 10 剂，水煎服，每日 1 剂。

二诊（2009 年 12 月 16 日）：药后半小时胸闷，心烦、心悸缓解，精神抑郁、情绪不宁，胸闷，喜太息好转，心悸、胆怯、善惊恐明显减轻。但仍口干，寐易醒，夜盗汗（湿衣 1～2 件）。效方继服，原方加五味子 10g，熟枣仁 15g，山茱萸 10g。

【按】 郁证，即情志不畅、气机郁滞引起的以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胸胁胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗塞等为主要临床表现的一类疾病。肝主疏泄，性喜条达，其经脉布胁肋，贯膈。肝气郁结，疏泄功能失常，经脉气机失畅，故见精神抑郁、情绪不宁、胸闷喜太息；气有余便是火，气郁化火，郁火上炎则目干涩、耳鸣；情志过极，心阴耗伤，心失所养，故心悸、胆怯、善惊恐；心阴不足，虚火内生，故心烦口干，盗汗。治以滋阴清热，疏肝解郁，敛汗安神，方用丹栀逍遥散合一贯煎加减。方中一贯煎滋阴疏肝，丹栀逍遥散疏肝清热；煅龙骨、煅牡蛎、浮小麦、糯稻根清心敛汗，合欢花理气解郁，更用淫羊藿、桂枝，取阳中求阴之意。药后效显，但仍盗汗、口干、夜寐易醒，加五味子、酸枣仁、山茱萸，以滋阴、敛汗、安神。

（韩　辉　吴丽敏整理）

汗　证

案例　肺卫不固

徐某，男，21 岁，2007 年 11 月 7 日初诊。

主诉：多汗 3 个月。

病史：患者平素易于感冒，于 3 个月前因体虚感受外邪而致汗液外泄失常，睡时出汗明显，湿衣被，醒时方觉。

现症：白天稍动即汗出，盗汗，神疲乏力，畏寒，纳少，腹泻，苔薄，脉细滑。

中医诊断：汗证。证属肺卫不固。

西医诊断：自主神经功能紊乱。

法法：益气固表。

处方：炙黄芪 30g，炒白术 10g，清防风 10g，党参 15g，云苓 15g，炙甘草 8g，广陈皮 10g，仙鹤草 30g，川桂枝 10g，炒白芍 20g，山萸肉 10g，春砂仁 6g，全当归 10g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

二诊(2007 年 11 月 21 日)：现无盗汗，时自汗，咽干痛，纳可，脉细滑，苔薄。

处方：上方清防风减为 6g，炒白芍减为 15g，去川桂枝、春砂仁，加玄参 15g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

三诊(2007 年 12 月 6 日)：患者自汗、盗汗不作，畏寒，肢冷，时有胃脘疼痛，纳寐可，大便干结，脉细，苔薄。

处方：炙黄芪 30g，炒白术 10g，清防风 6g，大熟地 20g，淮山药 15g，山萸肉 10g，云苓 15g，甘枸杞 10g，肉苁蓉 15g，补骨脂 15g，淡附片 6g，肉桂 5g，仙鹤草 20g，煅龙骨、煅牡蛎(先入)各 20g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

四诊(2007 年 12 月 20 日)：患者畏寒乏力、胃脘冷痛、手脚发凉，稍自汗，舌暗红苔薄黄。

处方：上方去甘枸杞、肉桂，加川桂枝 10g，炙甘草 8g，续断 15g。20 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

五诊(2008 年 1 月 4 日)：症情稳定，稍盗汗，无明显自汗。

处方：炙黄芪 20g，炒白术 10g，清防风 10g，大熟地 20g，淮山药 15g，山萸肉 10g，云苓 15g，甘枸杞 10g，肉苁蓉 15g，仙鹤草 20g，怀牛膝 20g，糯稻根 15g，碧桃干 10g，牡丹皮 10g，五味子 10g。10 剂，水煎服，每日 1 剂。现病情稳定，间断服药善后。

【按】 此案因病后体虚、表虚受邪致自汗、盗汗并见，其病机主要是阴阳失调、肺卫不固以致腠理疏松，汗液外泄失常而致。以桂枝汤

调和营卫，桂枝温经解肌，白芍和营敛阴，白芍倍于桂枝，两药合用，散收兼得，以龙骨、牡蛎、糯稻根、碧桃干加强收敛止汗之功。

（邹鑫鑫　张念志整理）

梅 核 气

案例　气郁痰结

张某，女，51岁，1990年10月8日初诊。

主诉：自觉咽如物堵2个月。

病史：半年前因家事不顺，忽感咽闷不断，经治无明显疗效。

现症：自觉咽中如物堵，吞吐不消，伴耳鸣健忘，腰膝酸软，胸闷胁痛，月经断而复来，淋沥不尽，断续缠绵，舌红少津，脉细数。

中医诊断：梅核气。证属气郁痰结，化火伤阴。

西医诊断：焦虑症。

治法：理气化痰，滋阴清热。

处方：柴胡、黄芩、紫苏梗、泽泻、桔梗各10g，生地、云苓、知母、女贞子、墨旱莲各15g，姜半夏、川朴花、甘草各8g。14剂，水煎服，每日1剂，分2次服。复诊，症状消失，嘱服逍遥丸，随访6个月未发。

【按】　此案病源于情志不舒，肝失条达，气郁津聚而致痰生，后各种症状随之而起。痰气互结，久而化火伤阴，理当处理好气、痰、火三者关系。方用半夏厚朴汤、逍遥散，结合小柴胡、六味地黄之意加减，冀以理气化痰，滋阴清热，养血柔肝。

（邹鑫鑫　张念志整理）

内伤发热

案例　阴虚发热

任某，女，19岁，2007年11月28日初诊。

主诉：自觉心烦、发热5个月。

病史：患者5个月前因服用治疗月经不调药物后出现心烦，发热，出汗，时测体温正常，相关检查均未见异常。

现症：心烦，发热，易出汗，虽已秋冬仍衣着单薄，口干唇红，喜饮水，头脂、皮屑多，额头多痘，常经痛，便干，纳寐可，苔薄，脉细滑数。

中医诊断：内伤发热。证属阴虚发热。

西医诊断：尚不明确。

治法：滋阴清热，降火除烦。

处方：大生地20g，肥知母15g，山萸肉10g，牡丹皮10g，生石膏30g，炒山栀10g，连翘20g，淡竹叶10g，炒黄芩10g，杭菊花10g，火麻仁10g，怀牛膝10g。服15剂，每日1剂，水煎服。

二诊(2007年12月12日)：仍心烦，发热，口干，耳闭，头昏，大便每日2～3次，舌脉同前。

处方：原方加软柴胡10g，夏枯草15g，龙胆草10g，福泽泻15g，炒黄柏10g，川连5g；改怀牛膝为川牛膝；去山萸肉10g，连翘20g，淡竹叶10g，杭菊花10g。服14剂，水煎服，每日1剂。

三诊(2007年12月26日)：服药后身热减轻，仍口干、多饮、头昏、耳鸣。

处方：原意出入。炒山栀10g，炒黄芩10g，大生地20g，肥知母15g，炒黄柏10g，火麻仁10g，生石膏30g，牡丹皮10g，川牛膝10g，连翘20g，杭菊花10g，地骨皮15g，银柴胡15g，丹参15g，水牛角(先入)30g。续进16剂，水煎服，每日1剂。

四诊(2008年1月9日)：仍身热，口干，头昏，耳鸣，经来有血块色暗，脉沉细，苔薄，舌下静脉迂曲。

处方：软柴胡15g，炒枳壳15g，川牛膝10g，桃仁20g，红花10g，赤芍10g，丹参15g，当归10g，大川芎10g，制香附10g，粉丹皮10g，大生地20g，水牛角(先入)30g，水蛭6g。续进7剂。

五诊(2008年1月16日)：症状俱减，原方继进。

【按】 内伤发热多表现为低热，有时也可以是高热，但更多的患者仅自觉发热或五心烦热，而体温并不升高。本病患者有心烦，自觉

发热，脉细数，似是阴虚发热，然数剂滋阴清热不解，详问病史，细察舌象，舌下瘀筋，经期有血块色暗，实乃瘀血作热，故用血府逐瘀汤化瘀治本，加水蛭贯通经络，开其血聚血凝，使瘀去络通，血气调和，烦热自除。瘀血发热是由各种原因引起的瘀血阻滞，经络、气血运行不畅，壅遏不通所致。临床易被忽视，则缠绵难愈。

（朱慧志整理）

狐　惑

案例　湿热内侵

万某，女，22岁，2007年11月7日初诊。

主诉：反复口腔黏膜溃疡3个月。

病史：患者3个月前发现口腔黏膜出现溃疡，反复发作。口唇边有两处黄豆大小溃疡，眼结膜充血，数月后又见下身溃疡，灼热疼痛，小腿上段有皮下结节，经西医诊治，不见好转。

现症：口腔、外阴多处出现溃疡，小腿多个结节红斑，肢体红肿热痛，神疲乏力、口苦口干、纳呆、呕恶腹胀、小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉滑细。

中医诊断：狐惑。证属湿热内侵。

西医诊断：白塞病。

治法：清热利湿，活血解毒。

处方：龙胆草6g，山栀、黄芩、柴胡、泽泻、车前草、黄柏、苍术各10g，生地、茯苓各20g，土牛膝、生黄芪、赤小豆、猪苓、茯苓各15g。5剂，水煎服，每日1剂，分2次服。

二诊（2007年11月12日）：神疲乏力，症状减轻，下身溃疡及小腿皮下结节基本消失。上方继服5剂。

三诊（2007年11月17日）：结膜仍充血，口腔溃疡愈合。

处方：上方去山栀、土牛膝，加当归10g、赤芍15g。再服20剂，以资巩固。

【按】 白塞病是一种在口腔黏膜、外阴生殖器、眼睛、皮肤等处出现疱疹和溃疡的皮肤黏膜综合征，归为中医狐惑病，与肝经关系尤为密切。湿热蕴结肝经，循脉上蒸则口舌生疮、目赤，流注下身则阴器溃烂，蕴蒸肌肤则皮下结节。龙胆泻肝汤清利肝经湿热，配赤小豆、苍术、猪苓、茯苓、牛膝、黄柏利湿解毒，入黄芪以补气升阳，托毒外出，使病痊愈。

（邹鑫鑫　张念志整理）

二、医　　话

记跟随韩师习医期间之我闻

作为初出茅庐的新手医师，我有幸跟随国家级名老中医韩明向教授习医，可算是慕道中医以来的一件幸事。

中医界有句名言——“熟读王叔和，不如临证多”，但新手医师碰到的又岂止望闻问切的病情。课堂、书本知识多而广，但临床医师得处理更多医术以外的事情，比如医德，又或跟患者沟通的技巧，甚或处理疑难病案的方法，以及将传统医学与现代医学结合融汇的艺术。

韩师身为国家级名老中医，在中医学界拥有尊崇的地位，但他待病患、待学生谦谦有礼，甚至不耻下问，极重视跟学生的交流，帮助学徒于短时间内提升临床技巧。

且让我从多个方面，阐述韩师的医者风范。

1. 韩师的诊证技巧　在中医诊断的四大基础望闻问切上，韩师有其独特的手法，比如望诊，韩师极重视观看患者的舌下脉，以了解其瘀阻情况。韩师认为，透过观察舌脉，可了解患者的心、肺功能，如长期咳嗽的患者，其肺气必虚，观察舌下脉可让医者司外揣内。这种方法，让我想起一位来自广州的中医周岱翰先生，他也极重视观察舌下脉。韩师认为可从 3 个方面去客观量度舌下脉的变化，第一是瘀脉的长短，其次是瘀脉的形态如粗细扭曲，第三是瘀脉是否有分支，以判断其瘀阻的严重程度。

问诊方面，韩师没有滥用医者的权威，没有诱导患者回答病情，而是采取聆听的方式去了解病情。

笔者随师期间，曾遇上一位 80 多岁的老人，韩师简易地用 4 个问题来了解患者的衰老情况。首先，韩师问患者的年龄及出生年月以了解其远期记忆，继而查问患者午餐情况以了解其短期记忆。而后要求患者说出籍贯，确定患者认知能力没有问题；最后再询问患者今天是星期几以明确其判断能力正常与否，这些都给笔者上了非常宝贵的一课。

韩师常常提醒笔者，不要见病治病，思维不要局限在这一病症的常用治疗手段，中医讲究整体思维，讲究辨证论治。韩师举例说，曾在医院治过一例有心脏期前收缩的医学生，常见胸闷、心慌，临床辨证见其舌苔厚腻而黄，故用龙胆泻肝汤加减治之，效甚。可见虽是心病并非只局限于治心，从整体论治的效果更佳。

2. 韩师的用药技巧　传统方剂的用药，用量有一定的比例。笔者于临床随师期间，留意韩师用药有其独有的药量比重。一般的药物，作为臣药、佐药，多为 10g 左右；君药或是质地沉重、性黏腻的药物，用量平均 15～20g 或以上。一些特殊用途的药物，比如用于抗癌的薏苡仁，用量更可达 60g；至于使药或是花类药，用量一般在 3～5g。韩师用药，鲜见 6g、9g、12g 的份量。

另一方面，在方药的服用时间上，一般医家多遵从饭后 1/2～1 小时服药，安神类药物则于饭后睡前 1 小时服用。但韩师认为：不能墨守陈规，对胃肠刺激性大的，饭后服用是恰当的，但毋忘前人服用方法：凡走上焦、头面的，宜饭后服用；走下焦，作用于下半身的，应饭前服用。

针对毒性药物的应用，韩师提示不要因循守旧，比如古人所云："细辛不过钱。"而现代，细辛是全草入药。经蒸煮后，有毒的挥发油成分已蒸发许多，故其毒性已减；再加上药品产地来源改变等因素，临床上应酌情加减，不能因噎废食。

3. 韩师谈港人体质　韩师往日在安徽诊治时，本以为香港位处华南地区，体质应以湿为多，但临床观察后发现不尽其然。若碰到湿邪内生的患者，韩师建议加用常用的 3 种祛湿中药，均为芳香行气之品，比如佩兰根、厚朴花和藿香梗。若要运行一身之气，也可选用厚朴。

韩师认为，港人体质以肝郁偏多，临床可多考虑应用逍遥散、柴胡疏肝散、丹栀逍遥散，越鞠丸和甘麦大枣汤。药物加减上，酌情选择合欢花、素馨花、月季花、夜交藤、黄芩、栀子、黄连、莲子芯、淡竹叶、甘松、茯神、琥珀、牡蛎等，若心血亏少者，可加首乌。韩师喜用行气解郁药物，多有香附、佛手、郁金和绿萼梅。

处理情绪病患者，韩师亦有心得，喜加心药之类，同时，配合精神开导。临床曾遇一严重抑郁病患者，对韩师苦诉生活失去了目标。韩师建议他应先做好每天的事情，生活规律化，把眼光集中在当下。

又或曾遇一疑心病患者，每次求诊都要求不取中药，只带来不同的检验报告，执着于当中数个指标的变异，甚或于诊室赖着不走，韩师都极尽耐性讲解。这些医德仁心，都让笔者折服不已。

4.韩师看亚健康病人　民间健康小智慧——人生三宝：吃得香，睡得酣，排得畅。但临床上，生活繁忙的香港人很难做到。

韩师针对胃脘疾病，如胃酸过多，胃液反流的患者，选用贝母、乌贼骨合白及治之。若有口臭，口有异味，可选用蒲公英，清热解毒，现代药理学也证明蒲公英具有消炎的作用。韩师认为，对于胃或食管病患者要保护胃及食管。防止癌症有三大要点要遵守：第一，不吃过热的食物，其次是控制胃酸反流，其三是不吃过硬的食物。曾有一名开锅巴店的患者，就是患食管癌而死。韩师指出，该患者发病与其饮食习惯相关，长期摄入硬物，损伤食管而后发病。又如针对失眠，韩师指出，酸枣仁是一种有助入眠的良药，医院里曾见患者单以此泡茶可助入睡，若偏阴虚，可选用天王补心丹加减。另一方面，韩师极喜使用甘松，认为甘松有镇静神经的妙用。至于排得畅，韩师指出不要把处方思路局限于使用泻下通便药上，要多考虑药物的多向性。比如不少扶正补虚药具有通便的良效。临床上，阳虚者，韩师施以肉苁蓉、狗脊；体质偏弱者，生首乌、生当归、生黄芪、生地等用量20～30g，可起润肠的作用。遇上大便呈羊粪状的患者，韩师建议用甘草合白芍，对舒缓因精神因素而致大肠痉挛的疾病有良好的作用。气虚者则常选用生黄芪、生白术各20g。

5.韩师看三高——高血脂、高血糖及高血压　针对肥胖的问题，韩师指出必须明确辨证后对症下药。脾虚湿重者，选用参苓白术散；气虚湿重者用防己黄芪汤；瘀血者重用血府逐瘀汤；实证水肿兼体质壮实者，用防风通圣散，躯体肥胖者更可用大柴胡汤。至于温胆汤及导痰汤也有一定的轻身作用。

韩师曾参与开发轻身消脂的中成药产品，对不同轻身的中成药品组成有深切的认识。比如“减肥轻身乐”，以漏芦、泽泻、荷叶、汉防己、生地、红参、水牛角、黄芪和蜈蚣等药组成。“消肥饮”主要成分有荷叶、山楂和泽泻；“七消丸”选用地黄、乌梅、木瓜、白芍和北沙参等。“轻身降脂乐”含有荷叶、车前草、首乌、陈皮和冬瓜皮。以上种种，提点了临床处理超重患者的处方和用药。

至于高胆固醇患者，韩师有一降胆固醇的验方，选用绞股蓝 10g、泽泻 10g、丹参 15g 及山楂 10g。笔者临床上运用此方给一例家族性遗传性高胆固醇的患者，发现可明显地降低胆固醇。韩师认为，有一些中药如益母草、泽泻、决明子、大黄、绞股蓝、水蛭也可治疗高胆固醇和高脂血症。内地一位学者王达平先生更把水蛭改良发展为中成药，用以改善心血管病患者的健康。

针对高血压患者，韩师指此病“阴虚”为根本，治本上可长期服用六味地黄丸以养阴消亢；治标上也有经验药对，以“三草”——豨莶草、夏枯草和车前草结合以降血压。

对于血糖高的患者，韩师最常用四物汤合黄连解毒汤加减，即常用的温清饮以增加疗效。此外，注重用活血化瘀方法预防或延缓糖尿病并发症的发生、发展。

6.关于补药的应用　韩师常用滋阴药，阴虚患者重用滋阴；气虚严重者，常加用少量温阳药，取少火生气之意。提及益气药的疗效，阴虚者亦常加用少量温阳药，取阳中求阴之意，即少量温阳亦能增强滋阴作用。但温阳药中少用附、桂等温燥之品，恐久用耗伤阴液，每多选巴戟天、淫羊藿、补骨脂、肉苁蓉等温润之品；对阴虚内热者，不仅忌用温阳，连益气药亦需慎用，恐其气有余便生火，而加重内热。

7.治咳之法，重于疏风散寒　疏风法上，韩师认为，因肺主皮毛，风寒、风热之邪常首先侵犯皮毛，内伤于肺，导致肺气失宣而咳嗽，表现为咳嗽突发突止，喉痒，痰色白而多泡沫，常选用荆芥、防风疏风散寒，或蝉蜕、薄荷疏散风热。外邪一去，肺气得宣，咳嗽自止，此法不仅适用于外感风寒、风热咳嗽，亦适用于因外邪而引动的内伤咳嗽或感

冒引起的咳嗽。

散寒法的应用上，遇见咳嗽或久咳不愈，感寒而作或加重者，或早晚咳甚，痰涎清稀，易咳出者或无痰涎，遇冷而咳，韩师每多选用细辛、干姜、麻黄以温肺散寒；对久咳不愈之咳嗽，常配伍五味子、白芍，既可敛肺止咳，亦不致温散太速，耗伤气阴。

关于止咳，韩师认为肺气上逆是咳嗽的唯一病机，与疏风散寒同样重要的是化痰止咳，让肺气宣肃复常而咳自止，喜用杏仁、前胡、紫菀、款冬花、蜜百部等多种咳嗽常用药。热痰多配桑白皮、炒黄芩、苇茎、海浮石；燥痰多配川贝母、知母；湿痰多用制半夏、陈皮、茯苓；寒痰常配伍云茯苓、桂枝、白术、炙甘草、细辛、干姜等。

8. 韩师看衰老的病理机制　韩师认为衰老与气虚、阴亏及血瘀有着极密切的关系。气旺、阴精充而血旺流畅是生命活动的生理基础，可维持人体各脏腑的正常功能。气旺，从来中医理论都强调："元气"决定人的"天年"，即寿命的长短。韩师认为对元气的理解不应只局限于肾气，还应包括心、肝、脾、肺之气。大多数人未能尽终天年，是受到脏腑之气所影响。肾气为元气之根，藏元阴而寓于元阳。肾气充足是维持人体健康的重要因素，故有"肾为先天之本"的说法。脾胃是仓廪之官，水谷之海，气血生化之源，是维持生长、发育及生命活动需要的一切物质的来源，故有"脾为后天之本"的说法。肺为气之主，主呼吸而卫外，主治节并可通调水道。人体一切生命活动中正常的呼吸、防御、循环和水液代谢过程，均赖旺盛的肺气协调功能才能完成。心则主一身之血脉，主神明。心气充沛，气血周流不息，才能维持脏腑、经络的正常功能，保证人体的健康及正常的生命活动。肝喜条达而主疏泄，是气机运行和脏腑功能活动的必要条件，而脾之运化、肺之宣肃、心血运行、肾之开阖等，均离不开肝之疏泄功能。由此可见，韩师并不认同衰老仅与脾肾两脏相关的看法。

9. 韩师看阴精、血瘀与衰老的关系　韩师认为，精血在维持人体健康、防治疾病方面具有特殊的重要性。人出生之后，脏腑功能的维持依赖阴精的濡养，阴精充足是长寿的重要保证，而阴精枯竭则生命

终止而不能终其天年。另一个影响衰老的重要元素就是血流是否畅通。韩师认为，人的生命活动中，升降出入有常，血行流畅才能长寿，血气不和，则百病乃变化而生。如多种老年病的出现，都缘于血气不和，而气血不通畅则又导致了机体衰老。

10. 临床上气虚、阴亏、血瘀的具体表现　衰老的出现，是人体增龄而伴随出现的生理功能减退，其机制是元气的生理性消耗和病理因素，即阴亏和瘀血长期作用的结果。具体的临床表现，心气虚者可见心悸、气短、脉沉细迟或结代；肾气虚者可见腰酸、耳鸣、尿频或失禁；肺气虚者出现少气懒言、语声低微及易于感冒；脾气虚者每多腹胀、纳少、乏力而食后易倦，最终的结果是出现五脏皆虚而终天年。

老年人在长期的生命活动中逐渐消耗阴精，故老年人阴精常有不足，临床可见心悸不宁，或心阴不足的虚烦、失眠、肢体麻木，或肝阴不足而见的视物模糊、耳鸣、健忘、消瘦、皮肤干燥，或肾阴不足的关节不利等情况。人在 40 或 50 岁之后，气虚不足以行血，阴亏不足以润血脉，致使血脉运行障碍，表现出胸闷疼痛、肢体偏瘫、麻木疼痛、久病不愈，面色紫暗、舌下脉络粗长扭曲和脉结代等情况。

11. 从气虚、阴亏、血瘀中创“寿星宝”中成药　韩师曾根据健康老人衰老的证候做系统性的调查，发现 178 例老人中以虚证表现居多，约占 8 成；而邪实者，只有 1 成左右；至于无明显虚实的老人，只有 6%左右。且虚证的表现随着年龄增加，当中又以气阴两虚占最多数，虚者每多涉及 2～4 个脏腑。近半数以上的虚证老人夹有血瘀表现，韩师以此模式，创立了以益气、养阴、活血药物组成的抗衰老方——“寿星宝”。

“寿星宝”主要由人参 15g、黄精 15g、白芍 15g、田七 6g、丹参 15g、何首乌 15g 等药物组成，功擅益气养阴活血。其中的方义，取人参入肺、脾、胃、心、肾诸经，具有大补元气，安神益智，调补五脏，强筋通脉之妙。黄精可宽中益气，益肾填精，滋阴润肺，强筋壮骨，调和五脏，与人参合用，补虚作用更强。方中的白芍、三七、丹参养血又能活血。何首乌为补血药，入肝、肾经，可补益肝肾，养血明目，黑发轻身。

全方配伍，正合韩师提出的引起衰老的气虚、阴亏、血瘀的模式，从而具有抗衰老、益寿延年的功效。

“寿星宝”经临床及实验研究证明，能改善衰老症状，提高老人记忆力及动作反应能力，延长动物寿命、增加抗氧化功能，增加心肌耐缺氧的能力，增加脑额区局部组织的血流量，改善大脑神经传递物质的代谢及机体激素代谢等多种功效，印证了益气、养阴、活血药物可从多个环节延缓衰老的发生。

12. 韩师点评青春期嗜睡个案　中医学的最大特色，是提倡整体观念。人与天地统一，各个脏腑也互为联系，思维活动与身体脏腑气血关系密切。强调人不只是生物医学模式的人，更讲求身心统一。人体与自然界，身与心任何一环节出现问题，必会带来疾患。健康，必须形神和谐，形神失调就是疾病。

随韩师实习期间，曾遇到一例心病的临床个案，可归为形神失调的病例。

患者为一名 16 岁的女孩，病情由母亲代诉。事发于 2006 年 10 月中旬，患者于剧烈运动后突然昏倒，被送往医院急救，当时见昏睡不醒，对外界不闻不问，甚至痛觉反应迟钝，行脑脊液穿刺时不需做任何麻醉。最后患者昏睡了 3 日 3 夜，期间知觉逐步恢复，家人呼唤时能轻动指头及合着眼皮转动眼睛示意，醒后一如常人。然而事隔不久再次发作，直至 12 月上旬第 3 次陷入长期昏睡，足有 1 日昏沉不知人事。

患者留医于伊利莎白医院期间，进行了各种西医学的检查而未见异常。唯在一次抽血检验中发现血液含菌超标，但白细胞等其他指数皆正常，临床亦未见有发热现象，故排除此为“嗜睡”病因，考虑与血液标本受到污染有关。后患者经儿科、儿童精神科及成人精神科医生详细检查，综合认为不需服药，建议进行心理治疗。

后韩师仍细心询问病史，发现患者为家中幼女，上有一位于国外就读大学的姐姐，成绩优秀，而患者素来成绩平平，明年 5 月要参加公开考试，多次向母亲坦言压力很大，对考试非常恐惧。病发至今 2 个月内，先后 3 次发作。期间患者姐姐曾特地从国外返港陪伴，后病情

似有所改善，家人亦打算让其休学 1 年。且患者素来体质虚弱，容易疲惫，少气懒言。

韩师分析指出，该患者不论日夜，时时欲睡，醒后复睡，可视之为中医的“嗜睡”“多寐”“好卧”等证。由于患者未见有其他郁郁不乐，叹息欲死的症状，故不考虑使用抗抑郁药物，故排除癔病或西医学的精神病。

韩师认为嗜睡，责之在脾。《素问·阴阳应象大论》说：“脾在志为思。”《宣明五气篇》说：“脾藏意。”所谓的“意”，属精神活动的一种，即指人体的记忆力与思维能力，人类依靠这两种能力与外界沟通，发挥“意”的功能。但过度的思虑伤脾，脾伤则意亦伤，气血化生不足，则影响脾脏的功能，子病及母，故影响心主神明的功能，令四肢失养，出现嗜卧喜躺。

《景岳全书·杂证谟》说：“思生于心，脾必应之。故思之不已，则劳伤在脾。”心与脾为母子关系，患者来年要面对公开考试，致使劳心过度，思虑太过而暗耗心血，出现母子同病的情况，故临床亦见气血不足、面色不华，故辨证为心脾两虚，治疗上可予归脾汤加减，配以醒神开窍之药如石菖蒲、远志等。

嗜睡，病位多在脾脏，可分虚实。实者多见湿邪困脾或痰热内扰；虚者则见面色萎黄、四肢无力之心脾两虚证。病因多属思虑过度暗耗心血而来，因神伤形，故此比实证之湿邪、痰热更难治，见效慢而病情长。医者得多加耐心，与患者家人配合，辅以心理治疗，循循善诱，或再加以中医各种移情养性的养生方法方能奏效。

13. 韩师悠悠逍遥的平常心　韩师于香港行医期间，有感香港患者非常看重中医学的养生调理，尤喜食汤水之品。韩师认为，食疗之道大道隐于市，即“三不”——不暴饮暴食、不抽烟、不酗酒，但以现代都市的生活模式，知易行难！

韩师本人就是个不显老的样板，外观远比实际年龄年轻。他每月特地从安徽到香港，从香港回安徽，不言休，不言倦，更不言退！从未抱怨过路遥山高，舟车劳顿只为宏扬中医和救助香港的患者，且看其

十六字的养生真言！

饮食有节——笔者为尽地主之谊，复加尊师，常有心宴请老师。但韩师性格骨风有节，婉拒好意，笔者只能在家以粗菜淡饭家常汤水招呼老师，想不到更合韩师心意。虽生于嗜食大辛大辣的安徽，韩师却更喜清清淡淡的蔬菜，且份量有节。

起居有节——西医学有所谓的“睡眠债”，每见长年劳累睡眠不足的男女，多以周六周日倒头大睡，至日上三竿作补偿，满以为睡眠债能一笔勾消，谁知愈睡愈累，愈累愈睡。韩师强调，要养生，就不要“睡懒觉”，既不熬夜也不贪睡，以有恒的生活习惯，细水长流地把工作做好，运动也是每日有恒地锻炼，一曝十寒是都市人常犯的通病。

恬淡虚无——《黄帝内经》曰：“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。是以志闲而少欲，心安而不惧，形劳而不倦，气从以顺，各从其欲，皆得所愿。”以上也正是韩师的写照。随师以来，从不见韩师有求什么玩物，更不屑于收取礼物。他也笑称，自身真的没有什么要求。中国有句老谚：人到无求品自高。韩师这一种修为，非俗人所能及也。

知足常乐——韩师常说：“无求者，非消极不为也，过程中得积极努力，好好付出，尽力去做，但往后的结果成与败已是无关重要。”修为者，是不应为求什么目的而付出。古代圣贤那种一切都付笑谈中，正是笔者眼中的韩师写照。

14. 韩师的待人处世之道　韩师待愚鲁弟子如我，常晓以大义，如在工作上有烦恼，韩师则教导我：“不要用人家的烦恼惩罚自己。”那如当头棒喝，令人茅塞顿开！

韩师的个人训诫，谨记与人为善，特别是位高权重者，个人能力较高，很自然地对下属和事物有所要求。但韩师相信，“德高者寿，智慧者寿”，要乐享天年，千万别去标榜自己有多聪明，而是乐观人生，有与人为善的智慧。笔者从医以来，深感在中医界位处殿堂级身份，身为国家级名老中医的韩师，从没有摆过什么老师的架子，未曾对笔者说过一句重话，更未责难过笔者什么，反而经常关爱弟子及患者，弟子每遇上难治之证，韩师常提醒当中的病理机要，提示用药的重点方向。

得师若此，夫复何求！

笔者也曾发一难题给老师，问其最讨厌的人和事是什么？结果他想了半天也回答不出……由此可见，老师“与人为善”并非光说不做，真的是心境清澄，无染一物。

15. 韩师长青如松的秘方　随师期间，弟子观察到老师保持活力长青的“秘方”，就是保持一颗好奇的心！韩师人虽身处香港，但仍紧贴内地的新闻和消息，远不止于医学讯息，连法治、经济、民生等也事事关心！得悉笔者备有很多电子化的中医典籍，老师每每带来U盘，把数据储存，以便日后研读！

喜尝新，不代表忘本遗旧。韩师最大的爱好，就是阅读！尤喜历史、政治类书籍，特别是民国清初和解放时期的书籍。韩师常说：“从历史中学习，从过往的经验中汲取教训，用多角度而广阔的眼光认识事物，可以借古鉴今！”

韩师对哲学书籍亦很感兴趣，认为这类书籍对中医工作也非常有帮助。他认为，中医学本就与哲学异曲同源。学贯中西医术，专注中医呼吸系统专科的韩师，让笔者折服的，是其旁征博引的学养，就算是一些罕见的疾病，韩师也能轻易地举出不同的医理和用药技巧，如临床遇上白癜风，老师也能通过标本兼治，选用当归芍药汤合一些有改善色素沉着作用的中药，将白癜风的范围缩小。又比如妇科疾病，笔者过往总限于经行时不应祛瘀，怕引起经量增多的错误观念，后幸得良师点蒙：有瘀滞者，瘀阻胞宫而新血难安，去瘀反能生新，令笔者茅塞顿开！

随师期间，韩师倾囊相授，让笔者或有当头棒喝，或时而有所新悟，短时间内得以提高临床技巧。有幸随师，实为笔者习医以来的最大得着。

（黄德如）

尿　频

内经云："诸厥固泄，皆属于下。"意思是说二便癃秘不通或二便泻利不禁的病证，大多属于下焦脏腑的病证。下焦者，肾、大肠与膀胱是也。膀胱者，张介宾云："膀胱位居最下，三焦水液所归，是同都会之地，故曰州都之官，津液藏焉。"《素问・六节藏象论》说："肾者主蛰，封藏之本。"指出肾脏除了藏精的功能外，尚具闭藏、约束二阴的作用。所以，膀胱失约，小便频数，多属于肾的约束功能失调。历代医家多认为尿频乃膀胱封藏功能失职，肾气虚衰，不能固摄所致，以肾气虚论治。举案如下：

案例　陈某，男，47 岁，2005 年 11 月 24 日初诊。

主诉：夜尿 2～3 年，加重 1 年，平均每夜尿 3～6 次，日间大致正常，如白天运动多出汗，则夜尿会有所减少。口干多饮，但饮水后随即口干，因为怕夜尿多，晚饭后基本不饮水。易疲劳，多汗，左腰、股间酸软，自小怕热，纳可，大便正常。血、尿检验未见异常。前列腺、膀胱检查亦无异常发现。肾功能正常。夜尿每次 70～200ml，总尿量每晚大约1 000ml，脉右沉弦细、左细滑，舌偏干红苔少。血压：130/90mmHg。

诊断：尿频（肾阴虚证）。

治法：益肾缩尿。

方药：知柏地黄丸加味。知母 15g，黄柏 10g，生地 15g，山茱萸 10g，山药 10g，茯苓 15g，牡丹皮 10g，泽泻 10g，益智仁 10g，桑螵蛸 10g，金樱子 15g，覆盆子 15g，北黄芪 15g，炒白术 10g，甘草 6g。3 剂，水煎服。

【按】　肾主闭藏，主收敛，开窍于二阴。尿频一病，多责之于肾，临床所见，多以肾气虚为主。韩师治病重视辨证，此证表现为口干怕热，舌偏干红、苔少，脉细，一派阴虚内热之象。诊断为尿频（肾阴虚证）无疑。内经云："阴在内，阳之守也；阳在外，阴之使也。"说明阴阳

相互为用、相互转化的关系。余以为，肾与膀胱相表里，肾阴虚亦可引起肾脏气化功能失职，膀胱失约；或肾阴虚亦可引起阴虚火旺，影响膀胱，故频频排尿，与肾阴虚而相火妄动，扰动精室，频频遗精之医理相似。韩师以知柏地黄丸滋阴泻火，益智仁、桑螵蛸、金樱子、覆盆子缩尿；气阴互根，故用黄芪、白术益气。韩师学贯中西，多以现代医学辨病，传统中医辨病辨证进行双重诊断。以上病例，因血、尿检验未见异常发现，故可排除糖尿病及尿崩症。肾功能正常，肾、膀胱及前列腺均无异常发现亦可排除泌尿系统病变。

二诊（2005 年 12 月 8 日）：夜尿减少至 3 次，偶有 2 日 6 次，口干、多饮、疲倦及腰酸减轻，夜尿量减少，脉细滑，舌偏红苔薄。原方出入，继服 5 剂。

【按】 通过以上病例可以看出中医的优势。该患者曾看过不少西医，做过多次检查、化验，因为没有异常发现而找不出病因。最近一年病情加重而前来就诊。西医是微观医学，检查、化验等找不出病因，无从诊断，确实难于治疗。而中医的特点是整体观念、理法方药、辨证论治，而辨证论治是中医的最大优势，很多西医不明白中医为何可以同病异治、异病同治，其实原因很简单，就是因为中医重视辨证。韩师辨证准确，患者病情很快得到改善。所以，有很多病西医没有办法而中医却可以治愈，就是这个道理。因此，我们中医不要妄自菲薄。其实，中西医分属两个体系，两者并不对立，中西医彼此尊重互补，可为人类健康做出贡献。

（翁大伟）

［注：此文原载于 2009 年 6 月 5 日香港《大公报》］

贫　血

案例　黎某，女，35岁，2005年11月28日初诊。

主诉：贫血10年，2005年11月10日血常规示Hb70g/L（正常值为120～160g/L），RBC4.06×10^{12}/L（正常值为3.8～5.4×10^{12}/L），补充铁剂后好转。近2周纳呆、纳少，神疲、乏力，畏寒，时有头昏，腰酸软，晚饭后胃痛，大便2～3日1行，便畅，睡眠尚可，脉右沉细尺弱、左细滑，舌淡苔薄，舌尖有瘀点。

诊断：贫血。

治则：健脾益肾，养血化瘀。

处方：法半夏10g，茯苓15g，陈皮10g，山药10g，杜仲10g，川芎10g，山楂10g，菟丝子10g，白芍10g，党参15g，山茱萸10g，当归10g，建曲10g，白术10g，丹参15g，炙甘草8g，枸杞子10g。5剂，水煎服。

【按】　此病案贫血的治则点从健脾、益肾、养血、化瘀4个方面入手。健脾：脾胃为水谷之海，后天之本，气血生化之源。又由于血为气母，血虚均伴有不同程度的气虚，脾虚气弱，引起胃肠功能减退，消化不良，故补血也应适当配伍补脾益气药，以达到益气生血的目的。益肾："肾生骨髓，髓生血""肾主藏精而化血"，骨髓之精可以化血，所以补肾可以益血。养血：根据"虚则补之"，血虚当要补血养血。化瘀："瘀血不去，新血不生"，所以祛瘀有助于补血。

二诊（2005年12月8日）：腰酸著减，仍纳呆、纳少，神疲、乏力，胃痛，舌脉如上。

处方：陈皮10g，山药10g，田七5g，春砂仁6g，炙甘草8g，山楂10g，白术10g，川芎10g，茯苓15g，党参15g，丹参15g，白芍10g，建曲10g，鸡内金6g，当归10g，延胡索10g。5剂，水煎服。

【按】　贫血是西医的临床诊断病名，中医没有此病名。此案例西医以检查结果确诊为缺铁性贫血。不少现代名老中医结合现代医学之长处，例如实验室结果等，综合中医的辨证做出双重诊断，甚至以现

代医学的检查结果，如实验室化验报告等作为疾病改善的依据，这种融会中西医，以中西医的客观指标为依据，是现代名老中医诊治患者常见的一种思维方法。韩师对中医理论的运用是基于患者的临床表现。例如，为什么要从益肾着手以补血呢？是因为患者临床上有肾虚的表现。《素问·脉要精微论》云："腰为肾之府。"肾虚故见腰部酸软，肾阳虚衰见畏寒、脉沉尺弱。脑为髓海，髓源于精，精根于肾，肾精亏则脑海空虚，故见时有头昏。根据"脾胃乃后天之本，气血生化之源"的中医理论，补脾益气，"阳生阴长"以益血，也是本着患者兼有脾气虚的症状表现，如纳呆、纳少、神疲、乏力等。十年久病多有瘀；且胃为阳土，属足阳明经，多气多血，血多易瘀；且症见饭后胃痛，痛有定处，舌尖有瘀点均为血瘀之象，是故韩师以"瘀血不去，新血不生"的中医理论，有祛瘀生新之意。此案西医根据现代医学报告确诊为缺铁性贫血，且见脉细舌淡，乃属血虚之象，"虚则补之"，自当养血。所以，韩师活用中医理论，并不是盲目凭空，无的放矢，而是根据四诊收集的临床资料作出相应的诊治。"审证求因，审因论治"，从中医辨证来看，病证虽仅一个"贫血"，但产生此病证之病因却有几个，韩师熟练掌握各种疾病的中医病机，根据中医理论，分析此病的多种病因，从其入手，处方用药，终获满意疗效。方药方面，简单地说，以六君子汤加减。六君益气健脾，右归补肾益髓，四物补血(独去熟地，嫌其黏腻)，以丹参、山楂、川芎、当归活血祛瘀。反复判断，法随证转。此病案韩师首次判断正确，病症有所减轻，二诊再次进行判断，因腰酸著减，故去右归，仍纳呆、纳少、胃痛，故加砂仁醒脾和胃；鸡内金运脾消食；田七、延胡索活血止痛化瘀。反复判断，法随证转，是取得良好疗效的不二法门。

但是，怎样知道证有什么转变呢？再诊同初诊又有何不同之处？单凭记忆，很难记得一清二楚。韩师每次诊治患者，都写下患者的病史、主诉、望闻问切、理法方药、西医的诊断检查、实验室报告等资料，记录得详尽无遗，这种习以为常的记录方法很值得我们学习。患者复诊时，可以与以往的病历记录再作比较，对辨证论治，法随证转，处方用药的加减，都很有帮助。回顾分析以往历年患者的记录，既可以提

升我们诊治疾病的临床技能；又如有诉讼，详尽的医疗记录又可保障患者和医者的权益，何乐而不为？

（翁大伟）

［注：此文原载于2009年7月17日香港《大公报》］

水　肿

水肿是指体内水液潴留，泛溢于肌肤，引起眼睑、头面、四肢、腹背甚至全身水肿的一类病证。严重者可伴胸水、腹水等。包括西医学中的多种心脏病引起的心源性水肿，肾小球肾炎、肾病综合征引起的肾源性水肿，低蛋白血症、维生素 B_1 缺乏症、严重贫血引起的营养性水肿以及醛固酮增多、甲状腺功能减退症引起的内分泌性水肿等。

本病在《黄帝内经》中称为"水"，其病位主要与肺、脾、肾、三焦有关，用开鬼门、洁净腑、去菀陈莝为治疗之法。张仲景《金匮要略》指出"诸有水者，腰以下肿当利小便，腰以上肿当发汗乃愈"。隋唐间，对水病以"水肿"为总称。元代朱丹溪《丹溪心法・水肿》篇，将水肿分为阴水和阳水。隋唐之前，普用泻法，以发汗、利小便、攻下逐水；宋代之后，多重调补脾肾。张景岳云："凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病，盖水为至阴，故其本在肾，水化于气，故其标在肺，水惟畏土，故其制在脾。今肺虚气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行"。津血同源，水能病血，血能病水，气虚则气滞，气滞则血瘀，血流不通，三焦气化不行，可加重水肿。《血证论》云："瘀血化水，亦化水肿。"用活血化瘀法可助消除水肿。举案如下：

案例　古某，女，26 岁，2005 年 8 月 11 日初诊。

主诉：7 月 21 日上午，双下肢（小腿）突然出现水肿，1～2 小时内肿至与大腿相近粗，3～4 天后皮肤变黑暗，1 周后黑暗消退。初诊右小腿粗于左小腿，时觉肢软，无红肿疼痛。下肢血管超声波及尿、血常规检查均未见异常。肝肾功能正常。子宫超声波发现左侧卵巢有一囊肿（大小为 5.4cm×4.6cm×5.9cm），面色萎黄晦暗，声低易倦，纳食、二便正常。脉细滑无力，舌淡而胖苔薄白。西医找不出原因，故就诊于韩师。

诊断：水肿（气虚血瘀）。

治法：益气化瘀利水。

方药：粉防己 10g，黄芪 15g，白术 15g，甘草 6g，车前草 10g，泽泻 10g，茯苓 15g，猪苓 15g，党参 15g，丹参 15g，益母草 15g，刘寄奴 10g，川牛膝 10g。5 剂，水煎服，每日 1 剂。

二诊（2005 年 9 月 10 日）：患者 2 周前于内镜下行卵巢囊肿切除术，药后水肿明显减退，近于正常，舌脉如上。疗效显著，原方加减，5 剂，巩固疗效。

【按】 突发性水肿多为肺、脾、肾气亏虚所致，临床表现见水肿晨轻暮重，活动后加重或经期加重，伴有全身乏力，气短肢重，舌淡胖，脉濡等，且需排除其他器质性病变。患者声低易倦，脉细无力，舌淡胖皆为气虚之象；面色晦暗，卵巢囊肿，皮肤水肿色黑暗亦为血瘀之表现；下肢超声波，血、尿常规，肝肾功能均正常，可排除其他器质性病变；故韩师认为是气虚血瘀所引起的急性水肿。一般来说，水肿多病于肺、脾、肾三脏，但韩师指出水肿也可以因心气虚所引起，心气虚引起的水肿发展多缓慢，多见有血瘀。现代医学认为右心衰表现有颈静脉怒张，肝肿大常伴黄疸，下肢凹陷性水肿，胸水，腹水，发绀。左心衰表现有肺水肿，劳力性呼吸困难，端坐呼吸，咳嗽，甚至咳出白色或粉红色泡沫痰。

气虚引致血行乏力，血行不畅，形成血瘀，现代血流动力学认为血流不畅，流量减慢是引起血瘀的主要原因。王清任《医林改错》也云："元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。"

《兰台轨范》："瘀血阻滞，血化为水，四肢浮肿。"所以，气虚及血瘀都可引起水肿。韩师认为患者水肿的病因乃气虚与血瘀，诊断准确，选用防己黄芪汤加减，用药专注，方中防己、黄芪、白术、党参、泽泻、茯苓、猪苓、车前草益气利水；丹参、益母草、刘寄奴、川牛膝化瘀通络，标本同治，疗效显著。

（翁大伟）

［注：此文原载于香港 2009 年 2 月 6 日《大公报》］

胸　痹

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称，是由于冠状动脉粥样硬化使血管腔阻塞，导致心肌缺血而引起的心脏病。现多称冠心病心绞痛为“胸痹”或“心痛”，韩师统称为胸痹心痛。临床表现特征为心前区疼痛，胸闷，心悸，气短，疼痛可反射至上肢内侧、无名指、小指（主要是手少阴心经和手厥阴心包经循行的部位）、咽喉、颈项和胃脘部。心痛是本病的主要证候，心脉痹阻是本病的主要病因，不通则痛，故“通”为此病治疗主要法则。举案如下：

案例　徐某，男，66岁，2005年11月18日初诊。

主诉：步行急速时下颌牵拉紧张感2年余，稍作休息则舒，夜尿2～3次，偶有眼目昏花，视物模糊，下睑水肿，时有烦热，纳、眠可，大便日行1次，脉弦尺弱，舌淡红边有齿印，苔薄白，舌下脉络曲张。既往有糖尿病、高血压、冠心病病史，服多种药物。现血糖10mmol/L，血压140/70mmHg，心血管造影术示心血管狭窄60%～70%（三枝），西医认为其心血管堵塞严重，建议行冠状动脉旁路移植术，患者拒绝手术，故就诊于韩师。

诊断：1.胸痹心痛（心血瘀阻）；2.消渴病（肝肾阴虚）。

治法：养肝益肾，化瘀通络。

方药：知母15g，山药10g，川芎10g，水蛭6g，黄柏10g，丹皮10g，赤芍10g，熟地15g，黄芪15g，茯苓15g，桃仁10g，苍术10g，山茱萸15g，柴胡10g，红花6g，黄连6g。5剂，水煎服，每日1剂。

二诊（2005年11月24日）：药后症状自觉减轻，但大便欠畅，血糖8.7mmol/L，夜尿2次，舌脉同上。

处方：继原方，加火麻仁6g，继服6剂，水煎服。韩师特别注重患者大便情况，因为便秘而出力对心脏病、高血压有不良影响。

三诊（2005年12月2日）：下颌发作性牵拉紧张感明显缓解，本周发作1次，且程度轻微，无视物模糊，大便日行1次，夜尿1～2次，

纳、眠可，血糖 6.7mmol/L，脉微弦尺弱，舌淡红，苔薄白。原方出入，继服 6 剂，水煎服，每日 1 次。

【按】 应该有问，不谓无因，为何韩师可以诊断出胸痹心痛及消渴病呢？单凭“步行急速时下颌牵拉紧张感 2 年余，稍作休息则舒”就为胸痹心痛之“反射痛”的依据？但求“夜尿 2～3 次”便是消渴病之“下消”乎？非也！

在这个病例里，我们可看到高层次的中西医结合，什么是高层次的结合呢？就是中西医双方优势互补，彼此利用对方的长处，达到诊断、治疗的目的。从以上的病例，根据患者的主诉、症状、四诊，中医很难诊断出患者为胸痹和消渴病，结合西医的实验室检查结果（如尿糖测定、空腹及餐后血糖测定、葡萄糖耐量试验、血清心肌酶谱的测定）、特征性心电图、心电向量图、冠状动脉造影等诊断，明确患者确有缺血性冠心病和糖尿病。无可否认，先进的诊断技术乃西医学的优点，但我们中医的临床经验，辨证论治，以及简、廉、方便等特色，从古至今为广大人民解决痛苦治疗疾病，且甚有疗效，无可置疑，此亦是我们的优势。

以上病例中，韩师以现代医学辨病，以传统中医辨病辨证，综合中西辨病辨证结合，做出诊断。西医诊断为冠心病，有三枝心血管狭窄 60%～70%，冠心病属中医胸痹心痛范畴，今见心血管阻塞，且有舌下络脉曲张，当属心血瘀阻无疑。消渴病的依据乃西医诊断“糖尿病”，证属肝肾阴虚，患者眼目昏花乃肝阴不足，夜尿频多为肾虚不固；时有烦热为阴虚内热。且既往有高血压病，虽经西药治疗已控制，而中医学认为高血压的病因病机主要是肝肾阴虚，亦与此患者之消渴病的证型相同，可谓是同证异病。

方中柴胡疏肝解郁，丹栀清肝泻火，肾水亏少，肝枯木动，以六味地黄补肝肾之阴。川芎、赤芍、桃仁、红花、水蛭活血、通脉、祛瘀，主治冠心病的心血瘀阻，兼治消渴病的瘀滞。韩师在临床中遇到糖尿病合并血管病变者不少，且糖尿病患者多常见舌暗、舌有瘀点、舌下脉络曲张等血瘀表现，治疗中加用祛瘀药会更显疗效。根据现代中药药理研

究，韩师多选用黄芪、苍术、黄连以降血糖。

二诊中，患者血糖从初诊的 10mmol/L 降为 8.7mmol/L，夜尿次数从 2～3 次降为 2 次，自觉症状减轻；三诊时，血糖降为 6.7 mmol/L，夜尿 1～2 次，下颌紧张感显著减少。韩师借助西医学检查的结果，诊断明确，既“谨守病机”，又符合中医辨证论治，且注重现代中药药理学研究，中西医学融会，传统现代贯通，疗效显著！

（翁大伟）

［注：此文原载于香港 2009 年 2 月 20 日《大公报》］

外感咳嗽

笔者随师学习整理其学术经验2年余。韩师以祛风法治疗外感咳嗽，取得满意效果，兹介绍如下。

一、外感咳嗽证候特点

咳嗽是肺系疾病的主要证候之一，其病位在肺，因肺主气，司呼吸，以宣发、肃降为顺，肺气不宣，则壅遏不畅、气上逆而咳嗽。肺为娇脏，其气宜清不宜浊，故最不耐外邪，受邪则失其清肃之职而咳嗽不已。外感咳嗽是指机体因感受风、寒、湿、热、燥、火六淫之邪所引起的以咳嗽为主要症状的病证，正如《河间六书·咳嗽》指出"寒暑燥湿风火六气，皆令人咳"。《医学心悟·咳嗽》则更形象地将其概括为"肺体属金，譬若钟然，钟非叩不鸣，风寒暑湿燥火六淫之邪，自外击之则鸣……"可见外感咳嗽的病因为六淫外邪犯肺，其病机为肺气不宣，肺气上逆。

风为百病之长，六淫之首，因而外邪多以风邪为引导侵袭人体。由于风为寒热兼有之邪，临床常见的风寒咳嗽则为风从寒化；风热咳嗽则为风从热化；而风燥咳嗽，多因风为阳邪，易伤津化燥。风性善动，变化较快，动则痒，风邪致咳多以咳嗽突发突止，咳吐泡沫样痰，咽痒为症候特征。外感咳嗽病位在肺，肺在上焦，上焦如羽，非轻不举，轻清灵动之品可以开达上焦，故临床从祛风论治，使外邪得以宣散，肺气得以宣畅，而又不耗散肺气。祛风之品多具有解除支气管痉挛及抗变态反应功效，临床多采用疏风散寒、疏散风热、祛风润燥、祛风化痰、祛风解痉等法。方药选用《医学心悟》之止嗽散，此方"温润和平，不寒不热，既无攻击过当之虑，又有启门驱贼之势。是以客邪易散，肺气安宁"。方中荆芥、桔梗疏风宣肺，紫菀、白前、百部、陈皮理气化痰止咳，甘草调和诸药，与桔梗同用，且能清利咽喉。

二、祛风法临证运用

1. 疏风散寒　韩师认为气虚阳虚者易于贪凉感寒、汗后当风而致外感风寒咳嗽。症见咳嗽，痰稀色白，伴有头痛，鼻塞，喷嚏，流清涕，骨节酸痛，恶风无汗，舌淡苔薄白，脉浮紧。在止嗽散的基础上，重用荆芥，加用防风、紫苏、麻黄、羌活等以增强祛风散寒之力。风寒咳嗽轻症，用止嗽散加减治疗；若因素体肺气亏虚感受风寒，则选用玉屏风散加味补益肺气；若属风寒咳嗽重症，咳嗽痰稀伴头痛项强、恶寒发热无汗，当用三拗汤合止嗽散加减治疗。

案例 1　周某，女，28 岁，1997 年 7 月 6 日初诊。

主诉：反复咳嗽 2 年余，近 2 日来因气候变化受凉后出现咳嗽，痰多色白，时为泡沫样痰，咽痒，伴有鼻塞流涕，身楚不适，舌淡苔薄白，脉浮滑。

分析：此乃肺气素虚，卒感外邪，风寒之邪束肺，肺气失宣而咳。

治法：疏风散寒，宣肺化痰。

处方：防风、荆芥穗、杏仁、炙紫菀、款冬花、炙百部、炙麻黄、紫苏叶、陈皮、姜半夏各 10g，茯苓、太子参各 15g，炙甘草 8g。4 剂，水煎服，每日 1 剂。后咳嗽诸症痊愈，续予玉屏风散巩固疗效。

2. 疏散风热　韩师认为阳热亢盛者易于外感风温、风热之邪，或虽感受风寒，易蕴内而化热，侵袭肺脏，肺失宣发而咳嗽。症见咳嗽不爽，痰稠而黄，口干渴，咽痛声嘶，伴头痛，身热，恶风汗出，舌苔薄黄，脉浮数。可在止嗽散的基础上，重用荆芥配伍薄荷、蝉蜕、桑叶、金银花、连翘、黄芩等以加强疏风清热之力。

案例 2　宋某，男，16 岁，1997 年 9 月 14 日初诊。

主诉：反复咳嗽 10 多年，每年咳嗽 2 月余。近咳嗽 1 周，痰多色黄，不易咳出，喉先痒，随即咳嗽，舌红苔薄黄，脉细滑。

分析：此乃风热之邪犯肺，肺失宣降而咳。

治法：疏散风热，宣肺化痰。

处方：金银花、连翘、荆芥穗、杏仁、前胡、桔梗、炙百部、炙紫菀、款

冬花各 10g，蝉衣 8g。7 剂，咳嗽止。续予玉屏风散合生脉散加味巩固。

3. 祛风润燥　韩师认为风为阳邪，可胜湿伤津化燥，素体阴虚之人尤易外感风燥之邪，肺失清润而咳嗽。症见干咳无痰，或痰少黏稠难以咳出，或痰中带血丝，鼻燥咽干，舌苔薄白而少津，脉浮或浮数，或伴有恶风、头痛等。可在止咳散的基础上，配伍桑叶、薄荷、蝉蜕、南沙参、麦冬、玄参、贝母、玉竹等以增强祛风润燥之力。

案例 3　陈某，女，45 岁，1998 年 9 月 6 日初诊。

主诉：干咳 1 周，阵发性加剧，咳嗽无痰或量少，咽干咽痒，舌淡红苔薄，脉细。

分析：此乃风燥犯肺，肺失宣肃而咳。

治法：祛风润肺，化痰止咳。

处方：蝉蜕 8g，南沙参 15g，荆芥穗、麦冬、杏仁、前胡、炙百部、炙紫菀、款冬花各 10g，川贝母 5g。服 5 剂而愈。

4. 祛风化痰　韩师认为咳嗽时若无表证，或先有表证，表解后咳嗽迁延不愈，症见咳嗽突发突止，痰多泡沫或喉痒，痰鸣，苔薄白，脉滑利者为风痰咳嗽，宜祛风化痰止咳。可在止嗽散的基础上，加法半夏、茯苓、胆南星、陈皮、防风、蝉蜕等以增强祛风化痰之力。

案例 4　郑某，男，36 岁，1999 年 2 月 8 日初诊。

主诉：咳嗽 10 余天。受凉后咳嗽，痰多色白有泡沫，夜间加剧，喉痒，胸脘痞满，纳少，苔薄白，脉细滑。

分析：此乃风痰犯肺，肺失清肃之咳嗽。

治法：祛风化痰，宣肺止咳。

处方：荆芥穗、防风、杏仁、炙紫菀、款冬花、炙百部、前胡、陈皮、炙甘草各 10g，茯苓 15g，蝉蜕 8g。服 7 剂而愈。

5. 祛风解痉　韩师认为咳嗽剧烈，呈现阵发性、痉挛性咳嗽，或伴气急、呕吐、发绀等证，常在止咳散基础上加用蜈蚣、白僵蚕、蝉蜕、川芎等以祛风解痉。外感咳嗽是由于外界冷空气与人体内部温度相差太远，鼻黏膜等首先受刺激而起反应，进一步肺和气管受刺激而起反

射作用则见咳嗽，因而其他各型外感咳嗽，亦可选用祛风解痉之品。

案例5　夏某，女，41岁，1999年7月25日初诊。

主诉：哮喘反复发作30年，近因受凉而发作1周，咳嗽剧烈，甚至喉间哮鸣音，气急，痰白有泡沫，咽痒，鼻痒，风吹后易打喷嚏、流鼻涕，时有尿频、失禁、腰酸等症状。

分析：此乃素体肺肾亏虚，又感受风邪，肺气不宣而致的痉挛性咳嗽。

治法：祛风解痉，补益肺肾。

处方：荆芥穗、防风、杏仁、前胡、炙百部、炙紫菀、款冬花10g，炒白术、补骨脂、胡桃肉各10g，川芎、炙黄芪各15g，蜈蚣2条，服7剂而咳嗽止。续予补益肺肾之法以巩固疗效。

（程　皖）

［本文原载于《安徽中医学院学报》2000年19卷2期］

内伤咳嗽

咳嗽是内科的常见病证，临床分为外感、内伤两大类。韩师祛风法治疗外感咳嗽的学术经验，笔者已撰文总结。内伤咳嗽除肺脏自病外，多由他脏及肺所致。韩师认为内伤咳嗽由肺、脾、肾、肝、心五脏气化失调，肺气上逆所致。如《医贯》指出："咳嗽者，必责之于肺，而治之法，不在于肺，而在于脾，不专于脾，而反归重于肾。"《万病回春》有"自古咳嗽十八般，只有邪气入于肝"之说，《素问·六元正经大论》曰："其病关闭不禁，心痛，阳气不藏而咳。"而《千金方·咳论》指出："咳家，其人脉玄有水，可与十枣汤下之。"由此观之，内伤咳嗽总由脏腑功能失调，内邪干肺所致，多属邪实与正虚并见。其病位在肺，与五脏六腑皆相关。韩师认为内伤咳嗽，病机主要与肺阴虚损、脾失健运、肝气失调、肾不纳气、心阳气虚及水气犯肺等气机失调有关，故临床采用调气止咳法治疗内伤咳嗽。笔者就其学术经验，整理如下。

一、养肺气

肺主秋令，有肃降功能，喜清虚和降，苦于上逆。肺虚咳嗽，临床多表现为肺阴虚损之咳嗽，如汗、下太过，或外感温热，失治或治之不当，日久不愈，耗伤肺阴，肺阴亏虚，肺失滋润而生燥热，肺气上逆而咳。其临床特征为久咳不止，干咳少痰，或痰中带血，口干咽燥，午后潮热，形体消瘦，舌红少苔，脉细无力。治拟养肺气为主，韩师喜用沙参麦冬汤加减。

案例1　刘某，男性，51岁，1997年8月14日初诊。

主诉：反复咳嗽5年余，近发3月余，刻下干咳少痰，黄白相兼，口干咽燥，五心烦热，大便不爽，乏力，纳差，舌红少苔，脉细无力。

治法：补肺气，止咳化痰。

处方：沙参麦冬汤加减。北沙参、生地黄各15g，麦冬、川贝母、杏仁、炙紫菀、款冬花、炙百部、黄芪各10g，白术20g。服7剂后，咳嗽诸

症减轻，继用 15 剂而愈。

二、健脾气

肺为贮痰之器，脾为生痰之源，脾的运化功能失常，痰湿内生，土不能生金，肺失肃降而致咳嗽；若脾气亏虚，生气不足则肺失资助，使肺气亦虚，治节渐衰而致咳嗽；若饮食不节，损伤脾胃，运化失常，以致积久生热，酝酿成痰，痰热之气上蒸于肺而致咳嗽；若久病不愈，伤及脾阳，气不化水，寒饮内聚，上凌于肺则咳嗽。其临床特征为咳嗽，痰多清稀，短气乏力，倦怠，纳差，腹胀，大便溏泻，舌淡胖，苔白或薄白。治拟健脾气为主，韩师多用六君子汤、异功散、二陈汤加减。

案例 2　曹某，女，4 岁，1999 年 2 月 28 日初诊。

主诉：平素反复感冒，易出汗，曾诊断为弓形虫病、巨细胞包涵体病。

治法：健脾气，化痰止咳。

处方：六君子汤合二陈汤加减。黄芪 20g，白术、陈皮、茯苓、法半夏、炙百部、款冬花、炙紫菀各 10g，杏仁、防风、前胡各 8g。服 7 剂后诸症明显减轻，仍易感冒，易出汗，上方去前胡，加五味子、太子参各 10g，服 14 剂以巩固疗效。

三、疏肝气

肝与咳嗽有着密切的关系。肝主疏泄，条达全身之气机；主藏血，在病理条件下主要表现为肝气郁结或升发太过。肺主气，司呼吸，其功能是依赖气机的正常宣发、肃降而进行的。病理情况下，肺不能正常宣发、肃降，则以呼吸不利，津失输布为主要临床表现。肝与肺升降相因，气血相依，经络相连，故忧思恼怒，情志不遂，肝疏泄失司，气机升降失和，肝气郁结，郁久化火或肝经实热，循经上扰，犯肺刑金，则肺失清肃而咳。或肝经实火，灼津为痰，痰浊犯肺，壅塞肺气，上逆为咳。其临床特征为咳嗽剧烈，两胁胀满，面红目赤，心烦易怒，口苦咽干，病情每因情绪变化而波动，喜叹息，舌红苔薄黄，脉弦，正如《素问·咳

论》:“肝咳之状,咳剧则两胁下痛。”治拟疏肝理气为主,韩师擅用逍遥散、黛蛤散加减。

案例3　刘某,女,36岁,1997年9月14日初诊。

主诉:咳嗽2月余,痰少或干咳无痰,时有刺激性呛咳,两胁胀满,口苦咽干。追问病史,诉发病前无上呼吸道感染病史,但咳嗽症状每于经前或情绪变化时加重,舌红苔薄,脉细弦。

治法:疏肝气,宣肺化痰。

处方:逍遥散加减。柴胡、郁金、白芍、全当归、青皮、陈皮、青黛、炒黄芩、杏仁、炙百部、款冬花各10g。服7剂后咳嗽减轻,继服原方10剂症状缓解。

四、纳肾气

肺为五脏之华盖,肾为先天之根本,肾主纳气,肺主呼气,正如《杂病会心录》指出:“内伤之咳,不独肺金为患,《经》谓肾脉多上贯肝膈,入肺中,循喉咙,所以肺金之虚,多由肾水之涸,而肾与肺又属母子之脏,呼吸相应,金水相生。”肾虚咳嗽,多因肾阳不足,肾不纳气,水湿上泛所致。其临床特征为咳嗽气喘,动则尤甚,咳时遗溺,痰多清稀,腰膝酸软,夜尿频多,舌淡,脉沉细。治拟补肾纳气为主,韩师多用肾气丸加人参、蛤蚧、胡桃肉、补骨脂等治疗。

案例4　孟某,男,59岁,1998年12月3日初诊。

主诉:既往有慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病病史10余年。现反复咳嗽,咳痰,咳时遗溺,伴胸闷气喘,动则尤甚,腰膝酸软,夜尿多(一般4～5次),舌淡,脉沉细。

治法:纳肾气,化痰平喘。

处方:肾气丸加减。生地黄、山茱萸、泽泻、丹皮、胡桃肉、补骨脂、款冬花、炙紫菀各10g,附片、浙贝母各8g,肉桂6g,蛤蚧研粉装胶囊吞服,每次2粒,每日3次。服10剂后咳嗽气喘明显减轻,继用20剂以巩固。

五、温心气

心主血脉，肺朝百脉，心气被伤，心阳不振，不能温通血脉，则肺脉失于心阳之温通致肺气上逆而咳。其临床特征为咳嗽，咳痰清稀而量少，胸闷心悸，或胸部隐痛，甚则气喘不得平卧，形寒肢冷，舌苔薄白，脉沉迟。治拟温心气为主，韩师每用桂枝甘草龙骨牡蛎汤、苓桂术甘汤加减。

案例 5　孙某，男，68 岁，1999 年 1 月 24 日初诊。

主诉：反复咳嗽、咳痰 20 余年，气喘 5 年，再发加重 1 月余，刻下咳嗽气短，心悸胸闷，不能平卧，咳痰清稀量少，口唇轻度发绀，四肢不温，双下肢水肿，舌淡苔薄，脉沉迟。胸片示慢性支气管炎、肺气肿、肺心病。

治法：温心气，止咳平喘。

处方：桂枝甘草龙骨牡蛎汤合苓桂术甘汤加减。桂枝、茯苓、白术、汉防己、车前草、太子参、炙百部、前胡、杏仁各 10g，煅龙骨、煅牡蛎各 15g，附片、炙甘草各 8g。服药 2 周后症状基本消失。随诊每因受凉而发，继用上方加减治疗。

六、利水气

肺有输布津液及通调水道之功能。如肺气郁滞，不能宣通布散水液，气不布津，饮停胸胁上迫于肺而致咳嗽，临床特征为夜间发作性咳嗽、气促，胸胁胀满疼痛，或面目水肿，舌苔白滑，脉弦滑。正如《医部全录・咳嗽门》指出：“葶苈散，治咳嗽面目浮肿，不得平卧，涕唾稠黏。”治拟利水化饮为主。韩师喜用葶苈大枣泻肺汤加车前子、五加皮等。

案例 6　陈某，男，45 岁，1999 年 4 月 15 日初诊。

主诉：咳喘半月余，咳嗽，咳少量白色泡沫样痰，气喘不能平卧，右侧胸胁胀满疼痛，深呼吸及转侧时尤甚，舌淡苔白滑，脉弦滑。胸片示右侧胸腔积液。

治法：利水化饮平喘。

处方：葶苈大枣汤加减。葶苈子、五加皮、桂枝、川芎、杏仁、款冬花、泽泻各10g，猪苓、茯苓各15g，车前子(包)20g，浙贝母8g，大枣8枚。服5剂后症状明显改善，继服上方14剂症状基本缓解。

（程　皖）

[本文原载于《安徽中医学院学报》 2000年19卷3期]

喘　　证

中医对喘证的认识历史悠久，《说文心部》曰："喘，疾息也。"指出呼吸急促是喘的主要表现。《内经》对喘证的症状、体征、病因、病位论述甚详，《灵枢·本脏篇》曰："肺高则上气肩息。"《灵枢·五邪篇》曰："邪在肺，则病皮肤痛、寒热、上气喘、汗出、喘动肩背。"指出喘息、肩息均是指喘证发作时轻重不同的临床表现，并提出了病变主要脏腑在肺。汉代张仲景《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》中所言"上气"即是指气喘、肩息，不能平卧的证候，亦包括"喉中水鸡声"的哮病和"咳而上气"的肺胀，并列方治疗：辛温祛寒化饮用射干麻黄汤，祛寒蠲饮、寒温并用选越婢汤、小青龙加石膏汤，豁痰祛浊用皂荚丸。金元时期医家朱丹溪认识到七情、饱食、体虚等皆可成为内伤致喘之因，在《丹溪心法·喘》中说："六淫七情之所感伤，饱食动作，脏气不和，呼吸之息，不得宣畅而为喘急。亦有脾肾俱虚，体弱之人，皆能发喘。"明代张景岳将喘证归纳成虚实两大证。如《景岳全书·喘促》说："实喘者有邪，邪气实也；虚喘者无邪，元气虚也。"指出了喘证的辨证纲领。清代叶天士《临证指南医案·喘》说："在肺为实，在肾为虚。"林佩琴《类证治裁·喘证》认为："喘由外感者治肺，由内伤者治肾。"

现代中医认为喘证系因外感六淫、内伤饮食、情志以及久病体虚所致。喘证的病机关键是：外感、内伤，导致肺失宣降，肺气上逆；气无所主，肾失摄纳。其病主要在肺、肾，亦与肝、脾有关。其病理性质有虚实之分：实喘在于肺，外邪、痰浊、肝郁气逆，致邪壅肺气，宣降不利，以痰浊为主；虚喘在于肺肾，精气不足，气阴亏耗，致肺肾出纳失常，以气虚为主；病情复杂者每可下虚上实并见，或正虚邪实，虚实夹杂，如慢性喘咳，因肺肾虚弱，复感外邪，致急性发作。上盛表现为外邪、痰浊壅阻肺气，下虚表现为肾不纳气。

喘证在治疗上，辨证首应审其虚实。一般实喘呼吸深长有余，呼出为快，气粗声高，伴有痰鸣咳嗽，脉数有力。因于外感者发病骤急，

病程短，多有表证；因于内伤者，病程多久，反复发作，外无表证。虚喘呼吸短促难续，深吸为快，气怯声低，少有痰鸣咳嗽，脉象微弱或浮大中空，病势徐缓，时轻时重，遇劳则甚。肺虚者操劳后则喘；肾虚者静息时亦见气息喘促，动则更甚；若心气虚衰，可见喘息持续不已。治疗原则：实喘其治主要在肺，治予祛邪利气；虚喘其治在肺、肾，而尤以肾为主，治予培补摄纳。

韩师认为喘证多属肺肾两虚，或兼痰浊，常伴瘀血，治疗多用补肺汤加减。以虚为主者，加用人参、蛤蚧、胡桃肉、补骨脂、紫河车等，痰热较著者常加桑白皮、炒黄芩、象贝母，痰湿著者加法半夏、陈皮、茯苓等，而活血化瘀之川芎、桃仁、红花、当归等常贯彻始终。喘证为慢性阻塞性肺疾病(COPD)的常见表现形式，COPD为肺气虚证之肺主气功能障碍，同时兼见卫外功能减退，因此患者常易反复感受外邪，引发或加重喘证，因此治疗上常用玉屏风散加味以益气固表，预防喘证发作或加重。同时，为了改善气喘症状，除了补肺益肾外，健脾亦属常用之法，以培土生金而间接补益肺气以改善肺功能。现代医学认为脾主肌肉，健脾可改善呼吸肌疲劳而减轻气喘。在鉴别诊断上，韩师强调喘证与哮病的鉴别：哮病是一种反复发作性痰鸣气喘性疾患，突发突止，不发时可如常人。其病因虽有感受外邪、饮食所伤、情志失调、病后体虚等因素，然最常见多为感受寒邪。如感寒而作，早晚多发，秋冬多发，均与寒邪有关，发作时痰涎清稀，亦可无痰，有鼻塞，流清涕等，亦为寒象。哮病病理因素通常认为以痰为根本，韩师则强调以寒为根本，如临床最常见的是寒哮，治疗选用射干麻黄汤，常用麻黄、细辛、干姜均以散寒为主，患者常表现为咳不甚，痰少清稀或无痰。肺中寒邪宜温散，肺气宣畅，则少量痰涎自消；反之如仅用化痰者，哮病难以去除。韩师曾治一例小儿哮病，唇舌干红，用定喘汤无效，试用射干麻黄汤后哮止，唇舌干红亦渐变红润，可见寒邪在哮病发病中的作用。

案例1　范某某，男，74岁，2008年9月26日初诊。

主诉：患者既往有“慢阻肺”病史15年，初起咳喘轻微，近2年加重，以春夏为剧。中医、西医已多次诊治，咳喘重时常常住院，常用抗

感染、解痉等对症治疗。近因外受风寒，喘促又加重 2 天，伴头晕，乏力，腹胀，腰酸，咳嗽有痰，痰少色白，舌暗红，苔白腻，脉细滑。

诊断：喘证，系肺肾两虚证。

治法：补益肺肾，化痰止咳。

处方：太子参 20g，白术 10g，云茯苓 10g，广陈皮 10g，炙黄芪 20g，补骨脂 10g，干地龙 10g，蛤蚧 10g，杜仲 10g，怀牛膝 10g，桑寄生 10g，建曲 10g，炒山楂 10g，紫丹参 10g，粉前胡 10g，款冬花 10g，炙百部 10g，炙紫菀 10g，五味子 10g。水煎服，每日 1 剂，进 10 剂。

二诊(2008 年 10 月 8 日)：服上药后咳喘好转，仍感乏力，纳少，舌淡，苔白，脉沉。

处方：原方去干地龙、炙百部、炙紫菀、款冬花，加紫河车 10g。再进 14 剂，以巩固之。

【按】 该患者年龄较大，病程较久，腰酸、乏力、头晕，为肺肾两虚之表现，又近日咳嗽有痰，痰少色白，苔白腻，为外感风寒，痰浊阻肺之象，当从补益肺肾着手，兼以温肺散寒。补肺尚可培土生金，方用补肺汤(《永类钤方》)加减。原方由桑白皮、熟地黄各 60g，人参、紫菀、黄芪、五味子各 30g 组成，具有补肺益肾，化痰止咳功用。韩师用太子参、白术、云茯苓、广陈皮、炙黄芪、建曲、炒山楂以健脾补肺化痰；补骨脂、蛤蚧、杜仲、怀牛膝、桑寄生、五味子以补肾纳气；粉前胡、款冬花、炙百部、炙紫菀以疏风散寒，化痰止咳。

二诊：咳喘好转，表明风寒已去，痰浊已化，故去疏风散寒，化痰止咳之品，加紫河车，全方重在补益肺肾以治本。

案例 2 陈某某，女，21 岁，2008 年 9 月 3 日初诊。

主诉：咳喘病史 5 年。每年换季时节或活动后受凉易发，发作时易喷嚏、流涕，平素易感冒，自汗，乏力。现面色萎黄，舌淡胖，苔薄，脉细。

诊断：喘证，系肺脾两虚证。

治法：培土生金，补益肺脾。

处方：玉屏风散合异功散加减。炙黄芪 15g，炒白术 10g，清防风 10g，苍耳子 9g，辛夷花 10g，白芷 10g，细辛 3g，炙麻黄 6g，光杏仁 10g，炒白芍 10g，法半夏 9g，广陈皮 10g，云茯苓 10g，太子参 10g，炙甘草 8g。水煎服，每日 1 剂，进 10 剂。

【按】 患者为肺脾两虚之哮喘，体虚感寒而易反复咳喘。韩师强调“治喘不离温”，异功散（人参、茯苓、白术、陈皮、甘草、生姜、大枣）健脾理气；玉屏风散（防风、炙黄芪、白术）补脾实卫，益气固表止汗；射干麻黄汤（射干、麻黄、生姜、细辛、紫菀、款冬花、大枣、半夏、五味子）宣肺祛痰，下气止咳；苍耳子散（辛夷仁、苍耳子、香白芷、薄荷叶，食后用葱、清茶调下）疏风止痛，通利鼻窍。本例韩师以玉屏风散、异功散补肺健脾，以射干麻黄汤、苍耳子散温肺散寒通窍，充分体现了中医标本兼治之特色。

复诊（2008 年 11 月 12 日）：病史如前，易感冒、自汗好转，近 3～4 天流涕、打喷嚏、夜寐差，舌淡、苔薄，脉细。

治法：培土生金，补益肺脾。

处方：炙黄芪 15g，苍、白术各 10g，清防风 10g，苍耳子 10g，辛夷花 10g，白芷 10g，荆芥穗 10g，仙鹤草 20g，广陈皮 10g，云茯苓 15g，太子参 15g，茯神 15g，炙远志 10g。水煎服，每日 1 剂，进 20 剂。

【按】 患者为肺脾两虚，体虚卫外不固，易感冒、自汗及反复过敏性鼻炎。可选用玉屏风散益气固表，异功散培土生金，以扶正为主，佐以随症加减。

（余惠平）

郁　证

郁证是由于情志不舒，气机郁滞所引起的一类病证。主要表现为心情抑郁，情绪不宁，胁肋胀痛，或易怒善哭，以及咽中如有异物梗阻，失眠等各种复杂症状。郁证可散见在古代医籍中的胸胁痛、肝郁、梅核气、脏躁、百合病、奔豚气等病证中。早在《内经》就有关于郁证的记载，《素问·六元正纪大论》有木郁、火郁、土郁、金郁、水郁，属五气之郁，后世合称五郁。《金匮要略·妇人杂病》篇提出了"脏躁"及"妇人咽中如有炙脔"等证，实质上是郁证的主要临床表现，所载述的治法方药沿用至今。《丹溪心法·六郁》开始将本病作为一个独立病证论述，首创"六郁"之说，即气郁、血郁、痰郁、火郁、湿郁、食郁等六种，其中以气郁为先，然后才有诸郁的形成。现代医学中的神经症、忧郁症、焦虑症、反应性精神病、癔病、更年期综合征等疾病，若出现郁证临床表现时，可参照本证辨证施治。

郁证多由情志所伤，肝气郁结，逐渐引起肝、脾、胃、心、肾等气机不和，以及气血失调而成。肝脏，其性刚强，喜条达而恶抑郁。郁怒不畅，使肝失条达，气失疏泄，而致肝气郁结，气郁化火则兼见肝火证候。气郁日久，则气滞血瘀；肝郁及脾，脾失健运，蕴湿生痰，则导致气滞痰郁；肝气犯胃，则胃失和降；肝郁抑脾，耗伤心气，营血渐耗，心失所养，神失所藏；久郁伤脾，饮食减少，生化无源，则气血不足，心脾两虚；郁久化火，易伤阴血，累及于肾，则阴虚火旺。由此发展则成为种种虚损之证。肝失条达，故精神抑郁，情绪不宁；肝气郁滞，气机不畅，气滞血瘀，肝络失和，故腹胀、胸闷、胁痛及妇女月经不调；胃失和降则脘闷、嗳气、纳呆、恶心、呕吐；肝郁乘脾，脾运不健，生湿聚痰，痰气郁结胸膈之上，故咽中如有异物梗阻；心火上炎，心肾不交则心悸、胆怯、失眠；病久肝血亏损，筋失濡养，每易发生手足震颤，甚至抽搐。

郁证的病因病机，韩师认为气郁是关键。《内经》认为，人的精神意识、思维活动，以喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志的变化为其表现

形式。外有所触，则情有所变，内有所动。正常情况下，人与外界保持动态的平衡。而七情五志的太过、不及，又直接地影响脏腑功能的运转和气血津液的输化，甚则气机郁滞，产生病证。如《灵枢·百病始生》篇曰："忧思伤心，忿怒伤肝。"反之，脏腑功能的正常与否，以及气血津液的充盈与衰微亦可通过情志的变化反映出来。如《素问·四时刺逆从论》曰："血气内却，令人善恐……血气上逆，令人善怒。"继《内经》之后的历代医家也认为郁证乃情志不遂所致，如《吴医汇讲》曰："郁证之起，必有所因，盖因郁致疾，不待外感六淫，而于情志更多。"《古今医统》认为："郁为七情不舒，遂成气结，即郁日久，变生多端。"以上可见，情感因素与脏腑功能、气血津液输化相互影响。郁证为情志不舒致气机郁滞所致，气郁是关键。又肝为刚脏，肝气郁结，甚则化火或肝阳上亢。

所以，韩师在治疗郁证的方药中，疏肝理气药贯穿其中，同时又根据其临床表现，如有脾虚症状，佐以健脾运脾药物。疏肝理气药物常用柴胡、香附、郁金、川芎等；健脾运脾药喜用白术、苍术、陈皮等。如果气郁化火，则重用山栀子，可用至 20～30g；郁火伤阴则加生地、知母等；如有痰湿可加化痰除湿之品，如竹茹、苍术、黄连、黄芩等；痰热互结者，以上两组药物选择应用。韩师认为，肝为刚脏，体阴而用阳，在理气、泻火、潜阳的同时，勿忘滋阴柔肝，常用一贯煎加减，只有肝脏柔和，才能疏泄正常而气机调畅。

案例 1　吴某某，女，53 岁，2009 年 2 月 19 日初诊。

主诉：心烦胸闷 2～3 个月，伴头晕神疲，口苦而干，善太息，失眠多梦，有时入睡后易醒，有时彻夜不眠，舌红，苔薄，脉沉细。

诊断：郁证，属气郁化火证。

处方：牡丹皮 10g，炒山栀 10g，软柴胡 10g，全当归 10g，炒白芍 10g，云茯苓 15g，炒白术 10g，薄荷 6g，广甘松 10g，浮小麦 10g，茯神 15g，炙远志 10g，灵芝 15g，珍珠母(先入)20g，生牡蛎(先入)20g，大枣 10g，炙甘草 8g。水煎服，每日 1 剂，20 剂。

【按】 患者由于家庭问题，郁闷不舒，烦躁易怒，系肝气郁结，日

久气郁化火，心神被扰。韩师以丹栀逍遥散（白术、柴胡、当归、茯苓、甘草、牡丹皮、山栀、芍药、甘草、生姜）为主方加减，丹栀逍遥散具有疏肝解郁清热之功效，在逍遥散的基础上加丹皮、栀子而成，故名丹栀逍遥散，又称八味逍遥散。因肝郁血虚日久，则生热化火，此时逍遥散已不足以平其火热，故加丹皮以清血中之伏火，炒山栀善清肝热，并导热下行。广甘松具有理气止痛，醒脾健胃之功效。针对患者失眠多梦之心神被扰证候，选用茯神、炙远志、灵芝、珍珠母以安神定志。

复诊（2009 年 3 月 20 日）：心烦胸闷好转，伴头晕消失，神疲乏力减轻，失眠改善，有时入睡后易醒，仍有口苦而干，纳少，舌红，苔腻，脉沉细。

处方：继守原方加减。牡丹皮 10g，炒山栀 10g，软柴胡 10g，全当归 10g，炒白芍 10g，云茯苓 15g，炒薏苡仁 10g，薄荷 6g，广甘松 10g，浮小麦 10g，茯神 15g，炙远志 10g，灵芝 15g，大枣 10g，苍、白术各 10g，炙甘草 8g。水煎服，每日 1 剂，20 剂。

【按】 患者肝气郁结，肝木乘脾致脾胃受损，故在前方基础上去珍珠母、生牡蛎，加用健脾祛湿之品苍术、薏苡仁。

案例 2　何某某，女，52 岁，2009 年 4 月 8 日初诊。

主诉：胸闷、头昏月余，午后潮热，盗汗时作，夜间寐少，每日睡眠仅 3～4 小时；平素心情抑郁，月经失调 1 年余，倦怠乏力，舌红苔薄，脉沉细弦。

诊断：郁证，属气阴两虚证。

处方：浮小麦 30g，茺蔚子 10g，豨莶草 15g，大生地 20g，北沙参 15g，甘枸杞 10g，大麦冬 10g，肥知母 15g，炒黄柏 10g，川楝子 10g，巴戟天 10g，淫羊藿 10g，菟丝子 10g，茯神 15g，酸枣仁 15g，地骨皮 10g，秦艽 15g。水煎服，每日 1 剂，20 剂。

【按】 患者正处于更年期，情志抑郁，气阴两虚，阴虚而燥热，故有胸闷，头昏，潮热，盗汗，寐少。韩师以一贯煎（北沙参、麦冬、当归、生地黄、枸杞子、川楝子）为主方加味治疗，疗效明显。一贯煎具有滋

阴疏肝之功用。方中重用生地黄为君药，滋阴养血，补益肝肾。北沙参、麦冬、当归、枸杞子为臣药，益阴养血柔肝，配合君药以补肝体，育阴而涵阳。并佐以少量川楝子，疏肝泄热，理气止痛，遂肝木条达之性，该药性苦寒，与大量甘寒滋阴养血药配伍，则无苦燥伤阴之弊。诸药合用，使肝体得以濡养，肝气得以条畅，胸闷等症可以解除。韩师在一贯煎基础上，加用补阳益气之品巴戟天、淫羊藿、菟丝子、浮小麦等，并加用养阴之品肥知母、酸枣仁、地骨皮以加重滋阴养血之功。

案例 3　王某某，女，43 岁，2009 年 6 月 27 日初诊。

主诉：失眠半年，每晚服抗抑郁药及地西泮后方可入睡 2～3 小时，多梦易焦虑，倦怠乏力，纳少，大便时秘结，时有胸闷腹胀，舌淡苔薄，脉沉细。

诊断：郁证，属肝气乘脾证。

处方：软柴胡 10g，全当归 10g，炒白芍 10g，云茯苓 15g，苍、白术各 10g，牡丹皮 10g，炒山栀 10g，浮小麦 30g，茯神 20g，大枣 10g，炙甘草 10g，夜交藤 15g，合欢皮 15g，党参 15g，广陈皮 10g，炒薏苡仁 15g。水煎服，每日 1 剂，20 剂。

【按】 该患者平素心情抑郁、焦虑，肝气郁结致气郁化火；火郁伤阴致心失所养；肝木乘脾致脾胃虚弱。韩师在治疗郁证的方药中，疏肝理气药贯穿始终；又根据其临床表现，有倦怠乏力、纳少、腹胀脾虚症状，佐以健脾运脾药物；有失眠、多梦易焦虑症状，佐以养心安神之品。本方是在丹栀逍遥散基础上，加苍术、党参、广陈皮、炒薏苡仁以健脾运脾；并加用茯神、夜交藤、合欢皮以养心安神。患者服药 14 剂后，诸症减轻，睡眠大有好转，继续服用，诸症痊愈。

从师临证心得体会：韩师治病，强调“治病必求其本”“辨证施治”。《素问·阴阳应象大论》云：“治病必求其本。”可谓千古不易之名言。疾病的产生，必有其根本原因；病机的变化，必有其关键所在。针对病因病机从根本上治疗疾病，它包含了探求邪正盛衰，阴阳失衡，围绕主

证进行审因论治；中医治病，重在辨证明确。从师1年余，对中医治病的感触，此点颇深。

（余惠平）

咳　　嗽

咳嗽为肺系最常见的病证之一。韩师遵景岳将咳嗽分为外感与内伤两大类。外感咳嗽，久咳不愈必致肺、脾、肾气虚，而脏腑虚损之内伤咳嗽又常为外感而引发。

外感咳嗽多从风论治。因肺主皮毛，开窍于鼻，易为风邪所犯，内舍于肺，肺失宣肃而咳逆上气，故治外感咳嗽祛风为首要治法。风邪常夹寒、热、燥、暑邪伤人。阳气虚弱之人易为风寒所伤，阴虚内热之体易为风燥侵袭。治风寒者常用荆芥、防风、羌活、白芷，治风热者多用薄荷、蝉蜕、桑叶、菊花。风燥伤人有温凉之不同，温燥配用辛凉润燥，凉燥配用辛温润燥。外感风邪咳嗽的一个突出的特征为喉痒即咳，感受风邪诱发或加重。

内伤咳嗽应辨虚实，实从痰湿、痰热、肝火而治，虚当培补肺脾肾，尤以健脾益肺为常用。

案例1　曹某某，女，48岁，2008年12月31日初诊。

主诉：反复咳嗽15年，多于感寒受凉后发作或加重，咳嗽阵作，咳甚时胸闷气急，痰少难咳出。曾服多种中西药物无效。胸片示两肺肺纹理增粗紊乱。刻下咳嗽阵作，面潮红，喉痒即咳，痰少，口干，饮食、二便如常，舌暗苔薄，脉细弦。

诊断：咳嗽，证属肺脾气虚证。

治法：祛风宣肺，散寒化饮。

处方：炙麻黄6g，射干10g，北细辛3g，光杏仁10g，荆芥穗10g，五味子10g，炒白芍10g，甘草8g，炙紫菀10g，款冬花10g，炙百部10g，白前10g，北沙参10g，百合10g，茯苓15g，干姜5g。

韩师认为，该患者病发15年之久，长期的慢性咳嗽可致肺脾气虚。脾虚则不能正常运化水液，聚湿生痰，肺虚则肃降功能失常，不能祛痰外出则痰伏于肺。一旦感受风寒外邪，则易引动内伏之痰，痰气上逆，肺失肃降则咳嗽不止。

方选止嗽散合射干麻黄汤加减。麻黄散寒宣肺，干姜、细辛散寒化饮，紫菀、款冬花利肺止咳，射干化痰利咽，白芍、五味子敛肺化痰止咳，防麻黄、细辛之温燥太过，且本例患者病史较长，见有干咳痰少，口干、面潮红等肺阴虚证的存在，所以又加用北沙参、百合养阴润肺。使驱邪不伤正，扶正不助邪。

二诊（2009 年 1 月 7 日）：上方进 7 剂后，咳嗽轻减，胸闷气促不显，但仍感喉痒即咳，干咳无痰，舌脉同前。韩师认为风邪未尽，原方中白前换为前胡，加用防风、蝉蜕加强疏风之力，加川贝母以润肺止咳，去沙参、百合。方药如下：

炙麻黄 6g，射干 10g，北细辛 3g，光杏仁 10g，荆芥穗 10g，五味子 10g，炒白芍 10g，清防风 10g，炙紫菀 10g，款冬花 10g，炙百部 10g，前胡 10g，炙甘草 8g，干姜 5g，川贝母 5g，干蝉衣 6g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。

三诊（2009 年 1 月 21 日）：诸症显减，偶喉痒，呛咳无痰，舌脉同前。仍为风邪未尽，原方中加用白僵蚕 6g、白芷 10g。再进 14 剂，基本痊愈。

【按】 韩师认为，临床常见在上呼吸道感染后，很多患者咳嗽症状尚持续相当长的时间，虽使用过很多抗生素、止咳化痰药物均无明显的疗效。此种情况并非是感染所致，而是感染后气道黏膜呈高度敏感状态，当所处的环境气温变化或精神紧张、焦虑等都可能成为气道的过敏原而诱发喉痒、咳嗽甚至是剧烈的痉挛性的咳嗽。对此类咳嗽，韩师以祛风为首要治法，祛风药常选择荆芥、防风、白芷、蝉衣、白僵蚕等。蝉衣为祛外风要药，白僵蚕性味咸辛而平，能入肝、肺，功擅祛风止痒，化痰散结，熄风解痉，解毒利咽，既能祛外风以散风热，又能熄内风以解痉挛。现代药理学研究认为，僵蚕能抗过敏，解除气道的痉挛而止咳平喘。另外，还常选用柴胡、当归用于外感咳嗽长期难愈的治疗中。

（牛云飞）

慢性肾炎和蛋白尿

慢性肾炎的发病中，外感六淫为其发病的诱因，而脏腑、气血、三焦功能失调为发病的内在因素。在整个病程中，如治疗不当或治疗不彻底，水肿反复发作，正虚邪恋，缠绵难愈；或水肿消退，而脏气不复，多见脾肾虚弱的证候。脾为后天之本，肾为先天之本，先后天又相互依赖。脾虚不能化生水谷精微，肾虚不能封藏精微，故精微从小便中排出，表现为顽固性的蛋白尿。日久则转为虚劳，表现为脏腑气血阴阳亏损，迁延难愈。若此时能从健脾益肾，益气填精藏血而治，可获痊愈。韩师自拟芪术六味汤加减，治疗慢性肾炎顽固性蛋白尿多获良效。

案例1　徐某某，男，68岁，2008年6月3日初诊。

主诉：患者于2005年出现双下肢水肿，后一直反复发作，经住院诊断为慢性肾炎，经西药（糖皮质激素、利尿剂等）治疗后，水肿消退，停止用药。但多次尿常规检查均示蛋白为（＋＋）～（＋＋＋）。现就诊于中医。近来因劳累后出现畏寒，乏力，倦怠喜卧，视物模糊，腰膝酸软，夜尿2～3次，舌淡胖有齿印，苔薄，脉沉细。尿常规示蛋白（＋＋）、红细胞0～1个，隐血（＋）。

诊断：水肿，证属脾肾阳虚。

治法：健脾补肾，固涩收敛。

处方：芪术六味汤加减。炙黄芪20g，炒苍术15g，大熟地20g，山萸肉10g，淮山药15g，补骨脂10g，桑寄生15g，金樱子15g，覆盆子15g，党参15g，炒薏苡仁15g，粉丹皮10g，仙鹤草15g，白茅根15g，益母草15g，广陈皮10g。服21剂，水煎服，每日1剂。

二诊（2008年6月24日）：气短乏力改善，仍感畏寒喜卧、视物模糊，舌脉同前。复查尿常规同前。

治法：仍守原方出入。

方药如下：炙黄芪20g，炒苍术15g，大熟地20g，山萸肉10g，淮山

药15g，补骨脂10g，桑寄生15g，金樱子15g，覆盆子15g，枸杞子10g，菟丝子10g，丹参15g，仙鹤草15g，益母草15g，巴戟天10g。服20剂，水煎服，每日1剂。

三诊（2008年7月15日）：复查尿常规无明显变化，症状舌脉同前。拟原方再进20剂。

四诊（2008年8月5日）：复查尿常规示蛋白（+）、隐血（±），仍感畏寒喜卧、视物模糊，舌淡暗苔薄，脉沉细。

处方如下：炙黄芪20g，炒苍术15g，大熟地20g，山萸肉10g，淮山药15g，金樱子15g，覆盆子15g，枸杞子10g，菟丝子10g，补骨脂10g，党参15g，巴戟天10g，淫羊藿10g，益母草15g，谷精草10g，川桂枝10g，炙甘草8g。服30剂，水煎服，每日1剂。

五诊（2008年9月5日）：主要症状、尿常规检查、舌脉同前，原方继服30剂。

六诊（2008年10月7日）：复查尿常规示蛋白（一），隐血（±）；偶有腰部酸楚不适，余症皆减轻，舌脉同前。原方加续断15g，怀牛膝10g，丹参10g，继服30剂。后每月定期复查尿常规均正常，均守原方加减。

【按】 韩师以六味地黄汤和四君子汤加减而成芪术六味汤，治疗慢性肾炎顽固性蛋白尿多获良效。其中黄芪、苍术、地黄、山萸肉、淮山药、枸杞子、党参、白术、茯苓、覆盆子、金樱子等为基本药物。阴虚内热者加知母、黄柏；阳虚者加补骨脂、巴戟天；湿热者加白花蛇舌草、夏枯草、半枝莲等；如兼血尿加白茅根、大小蓟、仙鹤草；如兼水肿加益母草、车前草、猪苓、茯苓；如患者合并糖皮质激素治疗多见阴虚或兼湿热，合用清热利湿之品；如撤退糖皮质激素而表现阳虚者，当加用温阳之品，多用温润而少用温燥之品，如巴戟天、补骨脂、桑寄生、菟丝子等；病久入络加用丹参、益母草。

（牛云飞）

不　寐

不寐系指经常不易入睡的证候，亦称失眠。病因病机为外感六淫、内伤七情、饮食劳倦等致使气血失调、阳盛阴衰，阴阳失调而不寐。其病有虚有实，且虚多实少，尤其是顽固性反复发作的失眠更以虚证多见。心藏神，肝藏魂，故此证与心、肝两脏关系密切。

案例　张某某，女，70岁，2008年10月31日初诊。

主诉：患者近2年所愿不遂，思虑太过致夜难入寐，口干心烦，心悸善恐，汗多潮热，纳食尚可，便干不畅，舌暗红，苔薄腻，脉弦滑。患者形体较肥胖，有高血压病史10余年，一直服用降压药治疗，现血压正常。

分析：韩师认为，本例患者年已7旬，年老体弱，肝肾已亏，精血不足。血不养心则心神不安、心烦不寐；心气虚则心悸善恐；"汗为心之液"，心气虚则汗出较多；阴精不足，虚热内生，则见潮热；阴血亏虚，肠道不能濡养，则便干不畅。再者，患者形体较肥胖，为痰湿之体，加上长期情志不遂，郁而化火，火热煎津成痰，痰热内蕴，扰乱心神，则见心烦不寐、口干之症。舌红苔薄腻，脉弦滑均为痰热之象。

诊断：中医诊为不寐，证属肝阴不足、心气亏虚为本，肝气不舒，夹有痰热为标的本虚标实证。故治疗上以养肝柔肝、补益心气治其本，以疏肝理气、清化痰热治其标，佐以重镇安神之品。方选一贯煎、甘麦大枣汤、黄连温胆汤化裁。

组方如下：大生地20g，北沙参15g，甘枸杞10g，麦冬10g，川楝子10g，炒白芍10g，丹参10g，姜竹茹10g，炒枳实10g，法半夏10g，川黄连6g，生龙、牡（先煎）各20g，朱茯神15g，茯苓15g，浮小麦30g，陈皮10g，大枣10g，炙甘草8g。14剂，水煎服，每日1剂。

二诊（2008年11月14日）：患者心烦不寐等症状好转，但胸闷，喜太息，嗳气嘈杂，口干、口苦，大便难解。服用果导后大便每日1次，晨起多痰，舌暗苔薄，脉弦滑。

诊断上辨证为肝气不畅，痰热交阻。改用柴胡疏肝散及半夏厚朴汤出入，治其标实证为主。

处方：柴胡 10g，炒枳实 10g，炒白芍 10g，制川朴 10g，法半夏 10g，紫苏梗 10g，茯苓 15g，炒黄芩 10g，广甘松 10g，炒山栀 10g，合欢花 15g，茯神 15g，炙远志 10g，火麻仁 15g，姜竹茹 10g，炒枳实 10g，紫丹参 15g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。

三诊(2008 年 11 月 28 日)：药后睡眠改善，每晚能睡 5～6 小时，胸闷太息，口干、口苦减轻，舌暗苔薄，脉弦。诸症减轻，痰热之象渐退。

处方：继原方去姜竹茹、山栀、炒枳实，加陈皮 10g，生龙、牡(先煎)各 20g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。

四诊(2008 年 12 月 12 日)：诸症减轻，时有口干、面红潮热感，偶有胸闷，视物模糊，舌暗红苔少而干，脉弦。辨证为肝肾阴虚，夹有气郁血瘀之象。治以补肝肾益心气，疏肝活血法。

处方：大生地 20g，北沙参 15g，甘枸杞 10g，麦冬 10g，川楝子 10g，炒白芍 10g，紫丹参 10g，姜竹茹 10g，全当归 10g，朱茯神 15g，茯苓 15g，浮小麦 30g，郁金 10g，大枣 10g，炙甘草 8g，生龙、牡(先煎)各 20g。上方继进 14 剂，水煎服，每日 1 剂。

【按】 此方为一贯煎合甘麦大枣汤化裁而成。加川楝子、郁金，疏肝解郁而无辛燥、伤阴之弊，丹参、全当归活血化瘀。全方以扶正为主。患者再次就诊时，诸症已大减，守原方化裁续进。

本案患者病程较久，证候复杂，兼症较多，辨证须多加分析，切勿误辨，而犯“虚虚实实”之戒。宜标本虚实同治。二诊时以肝郁痰热内扰之标实证突出，故以疏肝理气，化痰清热为主。三诊时肝郁痰热之象渐退后，及时撤减辛燥理气及苦寒清热之品，以防耗气伤阴。四诊时肝郁痰热标证已除，故又治以补肝阴、益心气，扶正为主，少加活血理气之品。

在整个治疗过程中，辨证论治随证加减，组方灵活变通，效如桴鼓。

(牛云飞)

血　痹

血痹以肢体局部麻木为主证，因气血不足，感受风邪所引起。其基本的病机为瘀血阻络。《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》："问曰：血痹病从何得之？师曰：夫尊荣人骨弱肌肤盛，重困疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之。""血痹阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之"，阐述了血痹的病因病机，症状、脉象和治疗方药。韩师以此方运用于临床取得较好的疗效。

案例　蔡某某，女，46岁，2008年12月26日初诊。

主诉：2个月前因工作劳累后，突然出现右侧面部、舌尖、唇部麻木，时轻时重，倦怠乏力，纳食、二便正常，舌淡胖色暗，舌下瘀筋，苔薄白，脉沉细。就诊外院查肝肾功能正常，血清胆固醇6.78mmol/L；血常规示白细胞2.27×10^9/L；头颅CT示左颞蛛网膜囊肿；颈椎CT示$C_{5\sim6}$椎间盘突出，$C_{5\sim6}$椎体对应椎管内腹侧硬脑膜增厚，并予以多种治疗无明显疗效。

分析：韩师认为，此证属血痹，与风寒湿邪所致痹证应有所鉴别。血痹为肌肉麻痹无痛感，痹病则麻痛并见。正虚之体，劳而汗出，则阳气更虚，风邪侵袭则致血行不畅，故见肌肉麻痹。若风邪较重，也可发生疼痛，故曰"如风痹状"。

诊断：中医诊为血痹。

治法：温阳行痹。

处方：金匮方黄芪桂枝五物汤加减。炙黄芪25g，川桂枝10g，炒白芍15g，炙甘草8g，仙鹤草20g，石苇15g，全当归10g，京赤芍10g，大川芎10g，白芷10g，生姜6g，大枣10g。服上方14剂后略有好转，原方再进10剂。

二诊(2009年1月20日)：患者诉右侧面部麻木好转，呈阵发性，每日发作数小时，其间曾有2日未发作，仍有口唇麻痹。复查血常规

示白细胞 3.2×10^9/L，舌脉同前。

处方：遵守原治法，药物调整为紫丹参 15g，本红花 10g，炙黄芪 25g，川桂枝 10g，炒白芍 15g，生姜 6g，炙甘草 8g，仙鹤草 20g，石苇 15g，全当归 10g，京赤芍 10g，大川芎 10g，白芷 10g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。

三诊（2009 年 2 月 3 日）：患者诉面部麻木等症状均显著减轻，倦怠、乏力症状亦改善，面色红润，舌淡红，苔薄白，脉细。

处方：原方加鸡血藤 15g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。

四诊（2009 年 2 月 18 日）：患者诉面部无任何不适，睡眠、饮食、二便均正常，唯不耐劳作，夜间偶有汗出，舌脉同前。复查血常规示白细胞数正常。

处方：韩师嘱拟八珍汤加减，益气养血以巩固疗效。

【按】 本例患者为中年女性，发病前有劳累史，“劳则气耗”，可见倦怠、乏力，舌淡胖等气虚的表现，正如“邪之所凑，其气必虚”所言，致使风邪易入侵脉络，使气血痹阻，血脉不通而致本病发生。治疗选用黄芪桂枝五物汤，方中重用黄芪、当归益气养血，白芷、赤芍、川芎祛风活血，当归、桂枝、川芎活血通络。

该患者血常规示白细胞减少，而大量的临床观察表明：白细胞减少多与中医气虚证相关。现代药理学研究也表明，除益气药黄芪有升高白细胞的作用外，仙鹤草、石苇亦有升高白细胞的作用。

韩师认为经方在临床中的运用中，如果辨证准确，选方精恰，可有意想不到的疗效。

（牛云飞）

下篇　论著选编



生脉散治疗心力衰竭及其机制探讨

心力衰竭(简称心衰)是内科临床常见急症之一。用生脉散治疗心衰,不仅在临床上是有效的,而且为实验室检查所证实确有疗效:许多实验研究资料为探讨其强心作用机制提供了依据。

一、临床研究

人参及其复方生脉散具有强心作用,在动物大量失血而发生急性循环衰竭时,可显著增强心肌收缩力。所以,生脉散除了用于治疗冠心病心绞痛、急性心肌梗死、心律失常、低血压、中毒性休克等多种疾病外,临床上常用以治疗各种原因引起的心衰。1972 年北京地区 604 例急性心肌梗死患者中,伴有心源性休克的 103 例,单用升压药治疗组死亡率为 52%,并用生脉散和升压药组死亡率下降为 26%。南开医院报告 105 例急性心肌梗死患者中,合并心源性休克的 23 例,单用西药治疗的 13 例中死亡 7 例,合用生脉散治疗的 10 例中无 1 例死亡。周氏用本方(或加附子)治疗 4 例慢性心衰,均有良效。陈氏用生脉针静脉注射治疗 4 例小儿急性心衰,其中先心 1 例、心肌炎 1 例、肺炎引起心衰 2 例,患者均有呼吸困难、心率快、肝肿大、肺部湿性啰音、烦躁、汗出等,于用药前后 2 小时停用其他药物,并在用药 2 小时后观察,除 1 例因哮喘未控制而无效外,其余 3 例患者均迅速好转,由烦躁转为安静,汗出渐止,心率变慢,心音增强,肺部湿性啰音减少;对 4 例慢性风心、心衰患者,每日静脉注射生脉针 2 次,连用 1 周,不仅精神明显好转,心率正常,而且房颤显著减少。谭氏以本方治疗 8 例小儿肺炎合并心衰的患者,均在 8 小时内病情逐渐平稳,呼吸、心率恢复到正常范围。陈氏观察生脉液治疗小儿肺炎合并心衰 17 例,其中 1～3 天症状消失者(由烦躁转为安静,呼吸困难、发绀缓解,心音、心率趋于正常,肝脏逐渐回缩到同龄小儿的正常标准)10 例(58.8%),3 天以上消失者 7 例(41.1%),平均消失时间 3.81±0.39 天,而 12 例对照组

中,1～3 天内症状消失者 5 例(41.7%),3 天以上消失者 7 例(58%),平均消失时间 6.08±1.19 天,统计学处理,$P>0.05$。北京军区后勤卫生部曾用本方抢救急性硝烟中毒 750 人,也认为其抗心衰作用良好。总之,上述资料表明,生脉散可以有效治疗冠心病、风心病、先心病以及其他各种原因引起的心力衰竭,包括一些用强心苷治疗无效的患者:一般用药后不仅无毒性反应,还可以改善患者的一般情况,能温和地提高过低的血压,减轻机体微循环障碍。

二、实验研究

生脉散的强心作用不仅在治疗人体心衰时得到证实,也能在动物的实验性心衰中得以重复。赵氏采用橄榄油静注,造成家兔急性心功能不全,发现预先给予生脉散治疗组的存活率为 75%,而对照组的存活率仅为 12.5%,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。廖氏等观察了本方对急性心肌梗死患者左心功能的影响,22 例患者用药后 1 小时可见 LVET 显著延长,PEP、ICT 缩短,PEP/LVET 比值减少,LVET/ICT 比值增大,心率减慢,均有统计学意义;表明生脉散能够增强左室收缩力,增加每搏排出量和心排出量,但不增加心肌的耗氧量。他们在观测 54 例表现为心气虚的冠心病患者,发现患者在用生脉散前心功能较正常人明显减低,但静注生脉针后 1 小时,PEP、ICT 缩短,LVET 延长,PEP/LVET 比值减小,LVET/ICT 比值增大,a%减少,心率减慢,前后比较有统计学差异。说明冠心病有心气虚表现的患者,多有不同程度的心功能不全,而生脉散可以改善这种心功能不全,其正性肌力作用与洋地黄相似,但不增加心肌耗氧量,且能调节心肌对氧的供需平衡。阜外医院用核听诊器及铟测定了 13 例冠心病患者静滴生脉注射液前后的左心功能变化,射血分数由治疗前的0.38±0.15 增加到治疗后的 0.50±0.14(正常在 0.50 以上),两者比较,有显著性差异($P<0.01$)。北京医学院报告,注射生脉针能升高实验性心源性休克家兔的左室舒张末期压(LVDEP),由 10.6mmHg 升至 15.6mmHg,表明本方可增加回心血量,从而增加心排出量,改善心

功能。

三、机制探讨

关于生脉散的强心效应机制，许多人认为主要是抑制心肌细胞膜三磷酸腺苷(ATP)酶的活性，改变心肌膜对某些阳离子的主动运动，而引起强心苷样作用；也有认为可能是兴奋心肌的β受体，改善缺血心肌的合成代谢，提高心肌对缺氧的耐受性，减少心肌对氧和化学能量的消耗，使缺血心肌以最经济的方式做功。但大量的研究资料表明，生脉散是通过多种途径作用而增强心肌收缩、改善心功能的。目前研究资料提示，其作用途径至少有以下四个方面：

1. 抑制心肌细胞膜 Na^{+} - K^{+} - ATP 酶活性　北京中医学院生化教研组报告，生脉散及其组成药物人参、五味子对豚鼠和大白鼠心肌细胞膜 Na^{+} - K^{+} - ATP 酶活性均有抑制作用。东直门医院基础实验室以原子吸收法测定了生脉注射液中所含 K^{+}、Na^{+}、Ca^{2+}、Mg^{2+} 等的数量，并按其比例配制成溶液作对照组，结果生脉散组较对照组对 Na^{+} - K^{+} - ATP 酶活性的抑制作用明显增强。所以，生脉散强心作用的机制，可能是与强心苷相似。

2. 改善心衰心肌的能量代谢　心脏收缩是将化学能转为机械能的过程，因而可以认为，心脏是一个化学能-机械能转换器。心力衰竭可以由于缺氧、贫血、心肌缺血、辅酶缺乏(如脚气性心脏病)等引起能量产生障碍产生，也可以因为心瓣膜损害等低排出量心脏病的能量利用障碍导致。用离子交换法分离在严重缺氧时大白鼠心肌中 ATP 含量的实验表明，用生脉散组平均每克心肌中含 ATP199.49μg，而对照组为 144.46μg，平均增加56.03μg；并且证明，生脉散组在大白鼠严重缺氧时，心肌 ATP 含量不仅不降低而且略有升高。心脏收缩的化学基础表明，无论收缩过程或舒张过程都需要供给 ATP，只不过是 ATP 直接参与了心肌的舒张过程，而 ATP 的水解产物则更为心肌收缩所必需。生脉散为什么能提高缺氧心肌的 ATP 含量呢？可能是由于它能提高动物心肌的耐缺氧能力，升高缺氧心肌的糖原含量以及

增加心肌中 RNA、DNA 含量，进而促使线粒体合成，增加能量的产生。

3. 改善心衰心肌蛋白的代谢　实验研究发现，生脉散可使大白鼠心肌中 RNA 含量较对照组明显增加；以脂肪栓塞法制造家兔急性心功能不全的模型中，也发现生脉散组心肌中 DNA 含量明显高于对照组；用^{3}H-胸腺嘧啶脱氧核苷掺入示踪法（并行放射显影）同样显示生脉散能提高小白鼠缺血心肌的 DNA 合成率；并认为生脉散是通过调节 cAMP 和 cGMP 中的相互作用，使心肌合成 DNA 率提高 376%。Meersoil 在实验性主动脉瓣狭窄的家兔中，研究了心衰与心脏蛋白代谢的关系，认为可以分为 3 个阶段：①初期，即损伤期，核酸、蛋白合成增加，引起心肌肥大；②持续肥大期，即代偿期，核酸、蛋白合成趋向正常；③消耗期，即心力衰竭期，心肌内 DNA 合成率降低为对照组的 30%～40%，心肌蛋白合成率降低到 50%～60%。可见，心肌的核酸及蛋白质合成减少是导致心肌衰竭的物质基础。由于生脉散能提高核酸及蛋白质的合成率，从而促进心肌肥大，提高心衰心肌的代偿功能。

4. 兴奋垂体-肾上腺皮质功能　一般情况下，组成生脉散的人参可以增强垂体-肾上腺皮质功能；当机体受到不良刺激时，人参可保护其功能免于衰竭。邓氏在研究参麦注射液对垂体-肾上腺皮质系统功能的影响时发现，它能兴奋肾上腺皮质，发挥抗炎作用，但对炎性病灶中白细胞聚集无明显抑制；一次性静注参麦注射液，可使大白鼠肾上腺中维生素 C 含量明显下降，而且维生素 C 含量下降越多，垂体中 ACTH 含量越高。表明参麦注射液可以兴奋垂体-肾上腺皮质系统的功能。在垂体切除后或者心衰时，心肌肌球蛋白 ATP 酶活性降低，导致心肌收缩力减弱。因为在心脏静息状态下，ATP 与肌球蛋白的横桥相结合，抑制肌球蛋白与肌动蛋白的相互作用，使心肌处于舒张状态而不发生心肌收缩；但肌球蛋白具有 ATP 酶活性，在肌动蛋白激活下，水解 ATP 形成具有大量势能的活化复合体，当此复合体降解为低能状态的强直复合体时，随着释放能量，使横桥发生偏移，将

细丝拉向肌节中央，而引起心肌收缩。所以，生脉散的兴奋垂体-肾上腺皮质系统的作用，可能会提高内源性肌球蛋白 ATP 酶活性，增加心肌收缩力，而成为强心作用的机制之一。

延芍六君子汤治疗123例慢性胃脘痛

一、临床资料

全部病例均主诉胃脘疼痛。体检：上腹部广泛性或局限性压痛，疼痛持续或发作时间在3个月以上。病史：3～6个月者23例，6个月以上者100例，最长者达30年。性别与年龄：男性77例，女性46例；20岁以下2例，21～30岁25例，31～40岁34例，41～50岁31例，51～60岁24例，61～70岁7例。辨证：脾气虚弱者59例，夹肝郁者32例，夹肝火者20例，夹湿者7例，夹阴虚者5例。经纤维胃镜或胃肠钡餐X线造影检查后，诊断为慢性胃炎者86例，胃、十二指肠溃疡者13例，胃炎合并溃疡者24例。

二、治疗方法

1. 方药组成及用法　延胡索、白芍、党参、白术、陈皮、制半夏各10g，茯苓15g，甘草6g。每日1剂，水煎2次，浓缩成200ml，分2次服，20天为1个疗程。

2. 应用指征与加减　适用于脾气虚弱引起的慢性胃脘疼痛，如兼肝郁，加柴胡、当归、香附、枳壳；兼肝火，加黄连、黄芩、吴茱萸；兼夹湿，加苍术、川朴、薏苡仁；兼阴虚，加沙参、麦冬、玉竹，去半夏、陈皮；伴吐血、便血者，加白及、三七、云南白药；泛酸者，加乌贼骨、煅瓦楞；纳呆者，加鸡内金，谷、麦芽等。若由寒邪客胃，饮食积滞引起的急性胃脘痛，则非本方所宜。

三、治疗结果

1. 判断标准　慢性胃脘痛的原发疾病难以短期治愈，故判断临床近期疗效是根据胃脘疼痛、上腹部压痛及其伴随症状的消退或改善程度而定。凡在1个疗程内，胃脘疼痛、上腹部压痛及伴随症状消失或

基本消失为显效，显著减轻为有效，减轻不明显或没有改变为无效。

2. 近期疗效　本组均为住院病人，根据判断标准，显效 49 例，占 39.8%；有效 65 例，占 52.9%；无效 9 例，占 7.3%；总有效率为 92.7%。其疗效与辨证、诊断及病程的关系，见表 1～3。

表 1　疗效与辨证的关系

辨证分型	例　数	显　效	有　效	无　效
脾气虚弱型	59	28	31	0
脾虚肝郁型	32	15	15	2
脾虚肝火型	20	6	8	6
脾虚夹湿型	7	0	7	0
脾气阴两虚型	5	0	4	1

表 2　疗效与诊断的关系

诊　断	例　数	显　效	有　效	无　效
慢性胃炎	86	40	44	2
溃疡病	13	6	6	1
胃炎合并溃疡	24	3	15	6

表 3　疗效与病程的关系

病　程	例　数	显　效	有　效	无　效
3～6 个月	23	20	2	1
6 个月以上	100	29	63	8

四、病案举例

案例 1　刘某，男，46 岁，教师。

主诉：上腹胀痛、饱闷、纳呆半年余，伴有嗳气、腹胀、便溏，渐至面黄肌瘦，神疲乏力。经纤维胃镜检查诊断为慢性胃炎、十二指肠球部溃疡。曾长期服用猴菇菌片、甲氧氯普胺等药物无效。入院前 6 天改用西咪替丁治疗，不仅原有症状未见明显改善，且头昏、疲乏加剧，体力骤减而不能支持日常生活，查血常规示白细胞 2×10^9/L。因西咪替丁引起粒细胞减少，于 1984 年元月 3 日住我科治疗。查体：上腹部

轻度广泛压痛，脐右上方较著，舌淡苔白腻，脉濡。

中医诊断为胃痛，辨证属脾气虚弱夹有湿滞。

处方：停用其他药物，投延芍六君子汤加味。延胡索、杭白芍、党参、苍术、白术、姜半夏、广陈皮、制川朴各10g，茯苓15g，炙黄芪12g，炙甘草6g，怀山药、炒薏苡仁各15g。3剂后，上腹疼痛及压痛明显减轻，头昏、乏力好转。再3剂后疼痛、疲乏症状消失，食欲正常，大便成形，舌淡红，苔薄白。复查血常规示白细胞 $3.7\times10^9/L$，续服前方20余剂，疗效巩固后出院。

案例2　张某某，女，34岁，农民。

主诉：胃脘胀满、隐痛2年余，每因情志不遂而发，伴有胸闷不舒，嗳气频频，纳呆便溏，倦怠神萎，面色不华，上腹轻微压痛，舌淡细苔薄腻，脉弦滑。先后服用甲氧氯普胺、普鲁本辛、服止宁等治疗无效，转投我科治疗。纤维胃镜检查示慢性浅表性胃炎。血常规示红细胞 $3.4\times10^{12}/L$，血红蛋白80g/L。

中医诊断为胃痛，辨证为脾虚肝郁，治以疏肝健脾法。

处方：柴胡、香附、白术、白芍、制半夏、陈皮、苏梗、当归各10g，枳壳12g，茯苓15g，甘草6g。5剂后腹胀、嗳气消失，疼痛著减，饮食、大便正常。复查血常规示红细胞 $3.8\times10^{12}/L$，血红蛋白100g/L。前方续投10剂，疼痛基本消失，而出院。

五、讨论

1. 组方依据　《医学心悟》指出："或谓诸痛为实，痛无补法，亦非也。如果属实痛，则不可补，若属虚痛，必须补之。"慢性胃脘疼痛多由饮食、劳倦损伤脾胃，致使脾气亏虚，纳运失健，胃失和降，而表现为隐痛、胀痛，喜温喜按，经久不愈，时发时止，或伴纳呆腹胀，嗳气泛酸，呕吐清水，神疲乏力，面色萎黄，气短声微，脉细弱等，故立延芍六君子汤健脾益气，和胃止痛。本方系据《妇人良方》中六君子加延胡索、白芍组成。实验研究已证明：①党参、白术、茯苓、甘草能抗乙酰胆碱及组

胺，调整胃肠神经功能紊乱；②芍药、甘草有镇静、镇痛、松弛平滑肌等作用；③甘草具有抗炎、抗溃疡及解痉之功效；④延胡索内含多种生物碱，具有镇痛作用，其口服制剂能抑制慢性胃炎及溃疡病患者的胃酸分泌及胃蛋白酶活性；⑤陈皮可抑制胃肠平滑肌运动及胃酸分泌，减少溃疡发生；⑥半夏降逆止呕，燥湿消痞，诸药相合，不仅有抑制胃酸分泌、胃蛋白酶活性及组胺等致损因素的作用，又可增强胃肠黏膜的防御机制而抗炎、抗溃疡。

2.疗效分析　本组病例尽管其疗效判断的主要依据为主观症状及临床体征，而这些症状和体征又易受饮食、情绪、气候等多种因素的影响，且可自我缓解，在未设置对照组时，疗效判断受到一定影响，但根据治疗前后的自身同体对照说明，其疗效应是可靠的，尤其是曾经用多种中西药物治疗无效或效不佳者，接受本方治疗后获效，更足以证实这一点。本组治疗结果表明，其疗效似与诊断、辨证及病程呈现一定相关性，即辨证为脾气虚弱而无兼证者，诊断为单纯慢性胃炎或溃疡者，病程在3～6个月者，疗效较好，反之较差。由于慢性胃炎或溃疡皆易反复发作，故在其获得近期疗效后，仍需长期节制饮食、寒温适宜、调摄七情，并至少在1～2年内定期给予强化治疗，根据辨证应用本方加减治疗1个疗程，以便巩固疗效。

对心功能不全病机的探讨

心功能不全，常见有心悸怔忡、气短乏力、呼吸困难、静脉怒张、肝脏肿大、尿少水肿等症状，中医可将其病理变化概括为心气亏虚、瘀血阻滞、水液潴留而致的气、血、水病变。本文根据中医基本理论，结合现代实验研究及临床研究，探讨并论证气、血、水病理变化在心功能不全中的地位及其相互关系。

一、中医认识

历代医家对心功能不全（主要是对喘促、惊悸、怔忡、水肿等证）气、血、水的病理机制及相关性从理论上做了较为深刻的阐述，主要可归纳为以下几个方面。

1. 心气亏虚为本　这是心功能不全最主要的病理变化，其临床表现为心悸怔忡，少气喘促，进而导致瘀血阻滞、水液潴留等病变。《内经》曰："左乳之下，其动应衣，宗气泄也。"因宗气贯注心脉而行气血，故其内含心气。心气不足则气血运行障碍，引起左乳下其动应衣。若心气虚发展为心阳不振，亦为心悸、怔忡的主要原因，故成无己在《伤寒明理论·悸》中提出："其气虚者，由阳气内弱，心下空虚，正气内动而为悸也。"这种症状可随一日中阴阳消长而起伏，临床表现可显示出"日中慧，夜半甚，平旦静"（《素问·脏气法时论》）的发病规律。由于阴阳互根、气血相依，张景岳在《景岳全书·怔忡惊恐》中说："盖阴虚于下，则宗气无根，而气不归源，所以在上则浮撼于胸臆，在下则振动于脐旁，虚微者动亦微，虚甚者动亦甚。"这种阴虚怔忡多属气阴两虚，宗气无根所致，且怔忡症状的轻重与虚损程度呈正比。由于心主血脉而百脉朝会于肺，故心气不足可引起肺虚不能主气，升降出入异常而为喘，表现为"肺虚则少气而喘"（《证治准绳·喘》），"虚喘者……劳动则甚"（《景岳全书·喘促》），或"呼吸急促，而无痰声者"（《医学·入门·喘》）。这种因气虚而引起的呼吸困难，其特点常表现为休息时呼吸

可如常人；活动或劳动后则气短气促、声低息短、慌张气怯、若气欲断，没有或甚少咳嗽、咳痰。证属虚喘，多见于心功能不全之轻症；若由气虚血瘀，或气虚外感，水气射肺而引起的呼吸困难，皆为虚实兼夹之喘证，多见于心功能不全之重症。

当心气亏虚而不足以推动血液运行时可致血瘀，早在《内经》中就有“宗气不下，脉中之血，凝而留止”的记载，并进而明确指出“手少阴气绝，则脉不通，脉不通则血不流，血不流则髦色不泽，故其面黑如漆柴者血先死。”后世医学进一步发挥了这种气血相关的理论，如《医学真传》认为“气非血不和，血非气不运”，《血证论》曰：“载气者血也，而运血者气也。”这种气主要是指心气，因心主血脉，心气虚衰时，“气虚不足以推血，则血必有瘀”（《读医随笔》），张景岳在《景岳全书》中认为：“凡人之气血犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞。故气血不虚则不滞，虚者无有不滞者。”这些气血相关的论述充实和发展了《内经》气虚血瘀的理论，奠定了心功能不全时气虚致瘀的病理理论基础。

心功能不全时，脏腑气化功能障碍，水液输布、排泄功能异常，致使体内水液潴留。《素问·阴阳别论篇》曰：“三阴结谓之水。”是指脾肺气虚，致使肺失通调水道，脾失转输津液而引起水肿。但肾为水脏，肾之开阖功能失常，开少阖多则尿少、水肿，故张景岳在《景岳全书·肿胀》中提出：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。”而水肿与心气虚的直接关系，虽然仲景早有论述，却未被后世所重视，如《金匮要略·水气病》中说：“心水者，其身重而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿。”阐述了心阳不足，水气上凌，而引起身肿、阴肿、心烦心悸、少气、不能平卧等见于心功能不全时的典型症状。总之，气虚水肿多见于年老、体虚、久病之人，气虚症状明显，水肿常以朝轻暮重、活动加重、休息减轻为特征。

2. 血瘀、水肿为标　心功能不全时的瘀血、水肿多由气虚、脏腑气血功能失调所致。气虚致瘀的变化，多发生在左心功能不全继发右心功能不全的病理过程中，但也有因感受外邪而致血脉瘀阻者，如《内经》有“风寒湿三气杂至，合而为痹……脉痹不已，复感于邪，内舍于

心。”“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干，善噫，厥气上则恐……”等记载，这些可见于因风湿性心脏病及因外感诱发或加重的心功能不全。汉代张仲景早已认识到血瘀与水肿互为因果，如其在《金匮要略·水气篇》指出“血不利则为水”“心下坚大如磐，边如旋盘，水饮所作”；《金匮要略·痰饮咳嗽篇》曰：“膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧。”描述了慢性心功能不全时静脉淤血、肝脏肿大、水肿等临床表现及其因果关系。唐容川在《血证论》中认为“水与血相为倚伏”“水病而不离于血，血病而不离乎水。”“治水即以治血，治血即以治水”，明确了血与水在发病及治疗上的密切关系。心功能不全时的水液潴留均为气虚、血瘀所致。《内经》中“夫不得卧，卧则喘者，是水气之客也”，最早记述了心功能不全时呼吸困难因卧位而加重的特点。后世医家在《伤寒明理论·悸》中也阐述了“由水停心下，心主火而恶水，水既内停，心不自安，则为悸也”。故心功能不全时心悸怔忡既可由气虚、血瘀引起，也能因水气乘心所作。

3.本虚标实演变　心功能不全的基本病理变化为本虚引起标实，故在临床上首先表现为左心功能不全，即以心悸、气短、喘促、倦怠、乏力等气虚症状为主要表现。由于左、右心腔在同一闭锁的循环系统内，可进而引起右心功能不全，表现出颈静脉怒张、肝脏肿大、发绀、肢体水肿、胸腹水等血瘀或水肿症状。这是气虚导致血瘀、水肿的病理过程。然而，正因为左、右心腔在同一闭锁循环系统内，右心功能不全也可诱发或加重左心功能不全，即血瘀、水肿之标实能引起或加重正气亏损之本虚。可见，在心功能不全时，气、血、水三者可以相互转化，相互为病，关系甚为密切，临床辨证时必须兼辨三者，明析标本，权衡轻重。

总之，根据中医基本理论，心功能不全的主要病理变化为心气虚，其基本病理变化为气虚、血瘀、水肿。其中以气虚为本，多见于心功能不全的早期或以左心功能不全为主要表观阶段；血瘀、水肿为标，见于全心功能不全或以右心功能不全为主的阶段。

二、现代实验研究

中医关于心功能不全的一些认识的实质，已为现代实验研究结果所揭示。

1. 气虚与心搏出量降低　心搏出量减少，组织灌流量相对或绝对不足，是心气虚病理、生理基础的重要组成部分，作者等观察了益气药对 64 例气虚患者血流动力学的影响，发现在改善气虚症状的同时，左心泵力、心搏出量、每分心输出量、心搏指数、心脏指数及有效血容量均明显增加（$P<0.05$ 或 0.01），证实了气虚患者存在血流动力学减退的改变。张镜人等从动态和静态两方面观察了 20 例气（血）虚患者的心功能和血流动力学等改变，并设 15 例健康人为对照组。结果表明，气（血）虚组静态时的心搏出量（73.6±4.34ml）显著低于健康组（87.78±3.39ml）（$P<0.05$）；运动 12～30 分钟后，气（血）虚组的心搏出量也显著低于健康组（$P<0.01$ 和 $P<0.05$），提示了气虚患者的心脏储备功能低于健康人。有人观察了 200 例潜在性心衰的患者，测定后发现均存在心搏出量及收缩力减退，而在使用小量强心苷后上述值又可转为正常。观察其临床表现，发现 60%的患者存在心悸、头晕、倦怠、乏力，入暮手脚水肿及夜间尿多等气虚症状，Parmley 进而认为，左心室功能曲线与临床上气短、乏力等症状密切相关，前负荷增加引起气短，而心搏出量降低尤与乏力相关。

2. 心气虚与左心功能减退　临床上采用多种非创伤性检测左心功能的手段，对心气虚患者进行检测，结果表明心气虚患者均存在不同程度的左心功能减退，如史载祥等以无创伤性心机图测量心气虚患者的左心室功能状态，结果发现被调查者均有不同程度的左心室功能不全，主要表现左室射血间期（LVET）缩短，射血前期（PEP）、等容舒张期（IRT）延长，PEP/LVET 之比值增大，且这种异常表现随心气虚症状加重而更为显著，反映了心气虚时等容收缩期左心室内压上升速度减慢，射血分数减少，左心室顺应性减低，左心室舒张期末压升高，说明心机图可为测量心气虚提供某些定性、定量的辨证参考标准。有

人通过测 135 例各种虚证的心脏病人的心脏收缩时间间期(STI),分析 PEP、LVET、PEP/LVET3 项主要参数,发现各虚证证型间的 PEP/LVET 比值的统计学差异最为明显,其增大程度依次为:阴阳两虚证>气阴两虚证>气虚证,提示心气、心阳主要反映左心功能状态。Stack 等观察了 37 例陈旧性心肌梗死患者,发现呼吸困难、乏力的严重程度与左心室功能衰减的程度呈正比,且他也认为其主要指标为 PEP/LVET 比值的增加。

有人用心机图测试冠心病心气虚的患者,发现其左心功能也有不同程度的减退,64 例冠心病患者分为心气虚组和无心气虚组,并以 33 例正常人作对照,结果发现:心气虚组 PEP 延长,LVET 缩短,PEP/LVET 比值升高,而无心气虚组及正常人对照组均无此改变,心气虚组与这两组均有显著差异性;以同样方法测试冠心病心绞痛、急性心肌梗死且具有心气虚表现的患者,结果也表明 PEP、等容收缩期(ICT)、IRT 明显延长,LVET 显著缩短,PEP/LVET 比值增大,LVET/ICT 比值减小,统计学上有明显差异性;应用心机图及其他方法综合测试 30 例冠心病心气虚患者的左心功能,同样证实了有左心功能减退性的变化,其中心血管造影异常为 50%,可疑异常为 33.3%,STI 异常为 83.3%,综合两方面测定参数,气虚者左心功能异常率为 100%。以心电图机、心电心音图机和阻抗心动仪,观测不同证候类型冠心病患者的心血管功能,结果提示气阴两虚及阳虚患者均有心功能减退,且气阴两虚处于心功能减退代偿期,而阳气虚者已出现潜在性心功能不全。

一些实验研究结果还表明:其他疾病辨证为心气虚时也可能出现心功能减退,如 104 例患有冠心病、肺心病、支气管肺癌、溃疡病、慢性肾炎、原发性心肌病等 6 个病种的患者进行心功能测试后发现,均有相似的心功能减退性改变。故不论是心脏病,或非心脏疾病,只要辨证为心气虚,就可能存在着不同程度的心功能减退。但是用心机图测试 50 例非心气虚患者,其中脾气虚 27 例,肾气虚 23 例,其左心功能无异常改变;辨证为阴虚、脾气虚及肾气虚的患者,也未见 STI 的异

常改变。因此，可以得出，只有心气虚与左心功能减退之间具有特异性的联系。

3. 气虚与血瘀　作者等观察气虚患者的全血比黏度、体外血栓形成的长度和重量等与健康对照组相比明显增加（$P<0.05$ 或 0.01），而运用益气药治疗后，其全血比黏度、全血黏度、血栓的长度和重量等均较治疗前降低、缩短和减少（$P<0.05$ 或 0.01），这从正反两方面均证明了气虚致瘀的理论。朱氏等对 39 例气虚血瘀型心力衰竭患者，通过临床观察、气囊漂浮导管监测心脏血液动力学及 STI、血液流变学指标、血小板聚集性等测定，证实各种不同程度的心功能不全患者，临床上可表现出程度各异的气虚、血瘀证候，通过应用补气药党参、黄芪注射液或汤剂后，能明显增加心排出量、每搏出量及心脏指数，减少 PEP/LVET 的比值，改善心衰症状及心功能和气虚证候，同时可见全血比黏度及血小板聚集功能降低，红细胞电泳时间减少，血瘀证候改善，提示补气药在发挥益气作用的同时，还具有化瘀作用，也从侧面论证了气血相关、气虚致瘀的理论。

综上研究表明，心气虚与心肌收缩力减弱、心搏出量减少相关，证实了心气虚症状是心功能不全的表现，心功能减退是心气虚的客观指标，故心功能不全的主要病理改变为心气虚，而益气药物具有祛瘀作用的实验结果，说明了气虚可以致瘀，益气可以祛瘀。

三、临床应用研究

针对心功能不全的气虚、血瘀、水肿及其标本相互转化的病理改变，采用益气扶正而顾本，祛瘀利水而疗标的相应治法，经过大量临床实践检验，充分证明了对心功能不全时气、血、水病理认识的正确性。

1. 益气固本疗法　以益气药为主治疗以气虚为主要表现的心功能不全，常用方剂为生脉散。既可益气，又能养阴，使“阴在内，阳之守也”，而间接益气。廖家桢等以生脉注射液静脉注射治疗 54 例冠心病心气虚患者及 22 例急性心肌梗死患者，观察其心功能变化，用药 1 小时后发现 LVET 延长，PEP、ICT 缩短，PEP/LVET 比值减小，

LVET/ICT 比值增大，心率减慢，提示生脉注射液能增强左心室收缩力，从而增加心脏每搏出量及心输出量，改善气虚症状；有人用复方人参注射液（人参、麦冬、五味子），治疗 24 例老年心力衰竭，并以核听诊器及锝观察患者的左心室功能，结果左心室收缩及舒张功能各值均明显升高，其中射血分数与高峰充盈率分别由给药前的 0.35 ± 0.02 和 1.61 ± 0.44（$M \pm SE$），上升至药后 30 分钟的 0.42 ± 0.02 和 1.88 ± 0.14（$P < 0.005$），说明复方人参注射液对老年心力衰竭患者的左室功能有较好的改善作用；不仅如此，近年来有关生脉散药物的实验研究资料说明：生脉散能抑制心肌细胞膜 $Na^{+}-K^{+}-ATP$ 酶活性，改善心肌能量代谢和蛋白质代谢，兴奋垂体肾上腺皮质功能，因而改善心功能不全患者的心脏功能。此外，当心功能不全患者的症状加重而表现为阳虚时，应予温阳益气药物以扶正顾本，如阮士怀对病史均在 3 年以上，曾经长期应用洋地黄及利尿剂治疗无效的 36 例风心病心衰患者，对其中辨证为心肾阳虚者，采用参阳汤加味治疗，平均用药 20 天后，获效满意；石山等在麻醉犬实验性急性心肌梗死的动物试验中，证实了温阳益气的参附注射液能明显改善血流动力和心脏功能。

2. 祛瘀利水疗法　以活血祛瘀、利水消肿药物为主治疗以血瘀、水肿为主要表现的心功能不全，但由于这种血瘀、水肿多因气虚所致，故临床上常与益气固本治法并用，如以温阳益气、活血化瘀之红参、附子、川芎、大黄制成静脉注射液，治疗心功能不全。动物实验及临床初步观察表明，本品能使 PEP/LVET 比值下降，降低心肌耗氧量及全血、血浆黏度，可缩短红细胞电泳时间，减慢心率，对血压有双向调节作用，用以治疗气虚、气阴两虚的心功能不全均有一定疗效。西苑医院以北五加皮、党参、太子参、茯苓、泽泻、车前子、猪苓等益气利水药组成复方北五加皮汤，治疗充血性心力衰竭 21 例，结果显效 10 例，有效 11 例；但在心功能不全尤其右心功能不全时，常因瘀水交阻而表现为血瘀、水肿并见，此时必须采用益气祛瘀利水法以兼治标本，如许心如等以葶苈子、桑白皮、车前子、紫丹参、生黄芪、太子参、泽泻、麦冬、五味子、当归组成具有益气活血利水作用的心衰合剂，治疗 30 例充血

性心力衰竭患者，疗效满意。有人用鸡血藤、茯苓、生姜、猪苓、泽泻、木通、车前子各30g，郁金18g，肉桂、红花各9g；赤芍、丹参各15g，附子24g，白术12g，组成活血化瘀、温阳利水方治疗30例慢性肺源性心脏病心力衰竭患者，并以西药治疗80例为对照组。结果显示：中药组显效率71.4％，无效率7.1％；而对照组分别为44％及20％。临床观察和实验室研究表明，中药能明显改善肺、心、肾功能，对机体内环境干扰甚少，极少发生严重电解质紊乱、酸碱平衡失调、血液渗透压改变等，显示了中药治疗心功能不全的优越性。

四、小结

心功能不全是临床常见综合征，中医对其相关证候的认识有着悠久的历史，其病理主要为气、血、水病变，且气、血、水三者又可相互为病，相互转化。近年来应用现代检测手段进行临床和实验研究证实了心功能减退是心气虚的客观指标，气虚可以致瘀，并且针对气、血、水病理，采取相应的治疗方法，丰富了心功能不全现代治疗学的内容，尤其是为顽固性重症心功能不全及一些不适宜西药治疗的心功能不全患者，提供了有效、安全的治疗方法。然而，对气、血、水病理的研究还须进一步完善，尤应加强对血瘀、水肿病理及祛瘀、利水方法对心功能状态影响的临床和实验研究，从而扩充和完善治疗心功能不全的手段，精选有效、速效的治疗方法。

活血化瘀法治疗慢性阻塞性肺疾病及肺心病的研究概况

慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等慢性阻塞性肺疾病（简称慢阻肺）以及后期并发的肺心病，其临床主要表现为咳嗽、哮喘、胸闷、心悸、呼吸困难、唇甲发绀、肢体水肿等，属于中医咳喘、哮证、肺胀等病证。发病原因一般认为与痰邪作祟有关，故既往的治疗侧重于治痰。近年来，随着活血化瘀研究的进展，逐步发现血瘀证是形成慢阻肺及肺心病病因病机的主要环节，并贯穿于慢阻肺及肺心病的全过程。因此，活血化瘀成为慢阻肺及肺心病的重要治则。现就近 5 年来公开发表的有关研究及 1989 年第 3 届全国肺系病学术会议（南昌）的交流论文作一综述。

一、血瘀证的形成及机制研究

（一）气虚与痰浊是主要病因

肺为相傅之官，主一身之气，朝百脉。血液在脉管中正常运行，除赖心气的推动作用外，尚和肺之“治节”功能有着密切的关系。故有人将肺称之为中医学上的“第 2 心脏”。肺之功能失调，必有碍于气血的运行，而气血运行失常，也会导致肺的失用。两者在生理上休戚相关，病理上也相互影响。肺系病时，血瘀的成因主要有：

1. 气虚致瘀　久病咳喘，肺气虚损，不能贯心而朝百脉，辅心行血。宗气为肺吸入的“清气”和脾上输于肺的水谷之精气所化生，肺气虚衰，必然导致宗气生成不足，进而影响血在脉中的正常运行。《灵枢·刺节真邪》曰：“宗气不下，脉中之血，凝而留止。”山西省中医研究所、江西贵溪县中医院研究均认为，气虚致瘀是慢阻肺、肺心病的主要病理机制。

2. 阳虚致瘀　淮阴市中医院研究认为心肺气虚，胸中阳气不足，久病延及脾肾，脾肾阳虚、阳气衰微，心失温煦，鼓动无力致血脉瘀阻，

发为本病。

3. 痰阻致瘀　肺为“贮痰之器”，痰浊停留，阻碍气之升降出入，肺气郁滞，心脉失畅而血郁为瘀。江西省抚州市中医院、云都县中医院，四川省名山县中医院的研究都认为痰阻致瘀、痰瘀胶着、气道受阻是咳喘等的基本病机。

临床观察提示，肺系病瘀血的形成在慢阻肺及肺心病发作期，主要与宿痰停留而致血行不畅相关，而在肺心病阶段，气虚运血无力，阳虚鼓动乏力则起主导作用。瘀证的存在既是上述诸因的病理产物，又是加重气虚、阳虚、痰阻的重要原因，并进一步演变为水肿。《金匮要略》曰：“血不利则为水。”《血证论》云：“瘀血化水，亦发水肿，是血病而兼水也。”故而肺心病患者在口唇发绀、喘息难卧的同时，甚而出现全身皆肿、腹水等。

（二）血液物理、化学性质改变

血液流变学、体外血栓、微循环等检测在中医理论和临床研究中的广泛运用为揭示慢阻肺、肺心病时血瘀证的病理本质提供了有效的手段。目前研究结果表明肺系病血瘀证具有以下特点：

1. 血液流变性降低　原晓红对 40 例肺心病合并感染患者的血液流变学进行检测，发现全血黏度增高者占 70％，血细胞比容增高者占 60％，纤维蛋白原增高者占 85％，患者血液表现“黏、浓、聚”的特点，因而血流缓慢，呈高黏滞状态，且其血液流变学变化程度和感染程度呈正相关。金维岳等对 14 例处于缓解期的慢阻肺合并肺心病患者的血液流变学进行动态测定，结果显示昼夜血液物理性质的“浓、黏、聚”改变不仅十分明显，而且以夜间血黏滞度增加更为突出。张有明等在对 46 例慢阻肺患者血液流变学检测中发现，血细胞比容增高者占 87.6％，而纤维蛋白原未见明显的异常。血细胞比容增高的机制似与低氧血症而刺激骨髓造血功能引起红细胞增多有关。上述研究表明，肺系病血瘀证患者均存在血液流变性降低，呈现“浓、黏、聚”的物理学特点。陈治英等对 109 例肺心病急性发作期患者和 80 例健康人血液流变学 8 项指标进行多因素判断分析，筛选出肺心病急性发作期血瘀

证的判别指标，包括全血比黏度升高、纤维蛋白原含量增加和红细胞电泳率降低，并建立了血瘀证判别函数值，其诊断有效率为83%，且这个函数值尚可作为判别血瘀证轻重的定量指标。

2. 血液凝固性增强　张伯礼等在对慢阻肺患者体外血栓形成实验中发现，慢阻肺患者体外血栓长度、湿重、干重均高于健康人数倍，经统计学处理有显著差异，说明慢阻肺患者存在高凝血状态，血栓形成能力增强，并且随着病情的加重，高凝血状态及血栓形成能力也逐渐加强，依次为慢性支气管炎、肺气肿、肺心病。现代研究表明，血小板不仅与患者体内高凝血状态有关，亦参与机体免疫反应和炎症反应，它所释放的一些活性因子如血小板激活因子，可使血小板聚集释放活性物质，引起支气管收缩、黏液水肿、黏液分泌增加和炎症细胞趋化性增强，它所产生的血栓素 A_2 能使支气管平滑肌强烈收缩，而该物质是与哮喘发病有关的主要介质之一。

3. 微循环功能障碍　周小青观察了44例肺心病患者球结膜微循环的状况（主要从以下几方面来观察：①微血管周围渗出与出血；②扩张微血管；③微血管扭曲或扭结；④微血管血流血色暗红；⑤血细胞聚集；⑥流态异常），发现即使按照血瘀证诊断指标未具备血瘀证候的20例患者，其球结膜微循环改变与正常人比较，所有指标均有差异，其中5项有显著性差异。24例表现出血瘀证的患者，上述球结膜微循环改变就更为严重。表明肺心病患者血瘀证的发生是一个由量变到质变的过程，要经历一个由小到大、由少到多、由不明显到明显、由轻到重的发展演变过程。肺心病病初多为肺气壅塞、痰邪阻滞，痰饮逐渐阻碍气血，加之脏腑功能下降，输布气血津液的作用减退，因此肺心病患者可在不表现血瘀证时有血液运行不畅的微循环改变。

4. 酶及其他物质异常　王刚等观察了豚鼠弹性蛋白酶肺气肿气虚血瘀模型症状表现及病理学特点，发现与人类肺气肿气虚血瘀症状及病理改变十分相似。推断弹性蛋白酶可能是导致肺气肿气虚血瘀病理改变的一个重要原因。现代研究还表明前列腺素的合成、释放、代谢、灭活，缓激肽、组胺、5-羟色胺、过敏慢反应物质、乙酰胆碱、肺

血管活性肽等代谢和灭活，都与肺气——肺的功能有着密切关系。而上述物质的功能异常将会引起微循环系统及血液流变学的异常。因此，慢阻肺及肺心病患者肺主气之功能障碍，必然对微循环与血液物理性质产生一定的影响，是形成血瘀证的病理基础。

二、活血化瘀治则的研究

患慢阻肺与肺心病时，血瘀证形成与气虚、阳虚鼓动无力，痰浊壅塞，肺气不利有关。或肺气虚衰，卫外不固，病邪乘虚而入；或久病体虚，肺有宿痰，病邪则迅速入里化热。故而临床上常呈现“热”“瘀”并重之象。因此在活血化瘀的治则上，应针对不同病理改变予以相应的处理。

（一）益气祛瘀

许建中等运用益气活血法治疗慢性肺心病急性发作期患者65例，对照组95例，以西药常规治疗。结果发现益气活血组总有效率90.77%，与对照组（83.16%）相比，有显著性差异（$P<0.05$）。从临床症状、血气分析、血液流变学、舌质、脉象等方面改善情况看，益气活血组明显优于对照组。

（二）温阳祛瘀

江苏省淮阴市中医院采用此法治疗肺心病心力衰竭患者36例，显效9例，有效19例，无效8例，总有效率78%。

（三）化痰祛瘀

四川省名山县中医院采用活血祛痰法治疗顽固性咳嗽40例，其中38例治疗后咳嗽有不同程度好转，2例无效。江西省宁都中医院采用行气涤痰、活血化瘀，痰瘀同治，对于临床上咳嗽较甚而采用他法治疗无效的病例，往往能取得事半功倍的效果。

（四）清热祛瘀

刘恒一用生大黄、桃仁、丹参、川芎等活血化瘀药配合蒲公英、鱼腥草、金银花、连翘治疗咳喘较甚的肺热重症25例，显效18例，有效5例，无效2例，取得较好的治疗效果。李廷谦等以清热解毒、活血化

瘀治则为主，中西医结合治疗 85 例肺心病患者，观察治疗前后阻抗肺血流图变化，发现治疗后患者阻抗肺血流图中 B－S 间期及 B－Y 间期较治疗前明显延长，波幅较治疗前显著提高，肺动脉压明显下降。说明以此法为主的中西医结合治疗对肺心病患者控制感染、改善缺氧、纠正酸中毒、减少肺血管阻力、降低肺动脉压以及改善心功能方面起了重要作用。

（五）辨证祛瘀

慢阻肺患者病程较长，症状表现复杂，有时单一的治疗方法往往很难奏效，因此丁培琳等对肺心病急性发作期 107 例患者采用复方丹参注射液 10～20ml（每毫升含生药 2g）静脉滴注，并根据中医辨证，寒痰血瘀型加用小青龙汤合苓桂术甘汤；热痰血瘀型加用清气化痰汤；同时配合固本治疗，偏阳虚者，加用参附注射液；偏阴虚者，加用参麦注射液。对照组 104 例用西药常规治疗。结果显示：治疗组总有效率 90.65%，对照组总有效率 80.77%，两者相比，有显著性差异（$P<0.05$），患者甲襞微循环、血液流变学变化情况显示：治疗组改善情况优于对照组。张国忠等对待慢性反复发作性咳喘患者，在辨证施治的基础上，加用当归、桃仁、红花、丹参等活血化瘀之品使血运而气行，不仅能改善症状，而且增强了宣肺止咳平喘之力。江西省抚州市中医医院根据喘证阶段的不同、患者体质的不同，本着急则治标、缓则治本的原则，提出了降气祛瘀、解表祛瘀、开郁祛瘀、化痰祛瘀、温阳祛瘀、培补祛瘀 6 种治喘方法，认为实喘在化痰降气、解表平喘的基础上加用祛瘀法，有助于调畅气机，涤除痰浊，增加平喘之效；虚喘在补益肺肾、健脾化痰的基础上加用祛瘀法，可补而不滞，使气血运行顺畅，而达平喘之效。

由于慢阻肺患者存在着不同程度的微循环障碍，血液呈现“浓、黏、聚”的特点，因此可以认为血瘀为慢阻肺的本质之一，贯穿于整个病程的始终。我们赞同用“纵使外见血瘀之象不显，然则内致瘀血之机犹存”的观点来指导慢阻肺及肺心病的临床治疗。同时，还应注意肺心病患者其血液黏滞状态夜间较白昼为甚的特点，适当改变给药时

间，将有助于提高临床疗效。

三、活血化瘀方药的研究

（一）直接祛瘀方的研究

有人认为肺气壅塞，久则入于血分形成肺络瘀阻而气逆作喘，正如《血证论》所述“盖人身气道，不可阻滞……内有瘀血、气道滞塞，不得升降而喘”。在临床上常用既能行血分之瘀滞，又可解气分之郁结的血府逐瘀汤治疗久病咳喘的患者，疗效甚佳。还有人对咳喘发作急性期患者采用自拟的支哮Ⅰ号方（川芎、红花、黄芪等），缓解期采用支哮Ⅱ号方（川芎、红花、黄芪、淫羊藿、脐带等），配合辨证施治，常能取得令人满意的治疗效果；并认为瘀血乘肺，咳逆喘促，若肺实气塞者，不须再补其肺，但祛其瘀，使气不阻塞，方为上策。

（二）间接祛瘀方的研究

陈治英等根据辨证将肺心病急性发作期分为肺肾气虚外感偏寒型、偏热型、痰热型以及心脾肾阳虚水泛型，分别予小青龙汤、麻杏石甘汤、千金苇茎汤、真武汤治疗，并以血液流变学及瘀证判别函数进行治疗前后的检测，结果发现治疗后临床瘀象均明显好转。而在原方基础上加用红花、桃仁、益母草治疗，其治疗作用并不明显优于单用原方者。现代药理学研究证实，小青龙汤具有兴奋呼吸和血管运动中枢、强心利尿、解毒、抗炎、缓解平滑肌痉挛的作用，可主要改善血浆比黏度、纤维蛋白原浓度，红细胞电泳率，使患者的血浆黏滞性、血液凝固性和红细胞膜电学特性均获一定的好转。麻杏石甘汤主要使全血比黏度、全血还原黏度、血沉、血沉方程 K 值明显下降，通过改善全血黏滞性、血细胞聚集性而取得化瘀效果。千金苇茎汤有提高血小板 cAMP 水平，抑制血液凝固，并有抗炎、抗渗出、抗过敏的作用。通过降低血沉、血沉方程 K 值、血细胞比容，提高红细胞电泳率而降低血液细胞聚集性及血液浓稠性，提高红细胞膜电子特性达到改善血液循环而化瘀的目的。真武汤主要是通过改善血液流变学中全血比黏度、全血还原黏度、血细胞比容从而降低血液黏滞性、浓稠性，减低血流阻

力，减轻心脏负担，增加肾脏血流量，达到消肿化瘀的治疗作用。传统认为这4首古方没有活血化瘀的作用，但临床研究结果表明，它们确能使肺心病患者血液的“浓、黏、聚”状态有一定程度的改善，而加用活血化瘀药物如益母草、桃仁、红花后，血液流变学指标的改善与单用原方相比没有明显加强，表明审因论治组成的复方同样可以发挥对血瘀证的治疗作用，而且研究对机体发挥整体治疗作用使瘀证改善的药物及其复方，远比研究单纯具有化瘀功效的活血药物及复方的意义为大，因为前者不仅能改善患者整体状况，而且符合辨证施治的理论。

（三）单味祛瘀药的研究

1.丹参　许德全等用丹参片治疗支气管哮喘25例，设噻哌酮对照组15例，治疗组总有效率为93%，统计学处理无明显差异($P>0.05$)，但治疗组甲襞微循环的血细胞聚集、瘀血改善优于对照组，经用精确概率法作显著性检验，有显著性差异。动物实验证实，丹参和噻哌酮对豚鼠喘息均有显著防治作用，且丹参的作用明显优于噻哌酮。陈治英等在辨证施治基础上加用丹参静滴后，临床瘀象明显改善，优于单纯辨证施治者。这与丹参扩张冠状血管，增强心肌收缩力，改善微循环，抗心肌缺血和提高机体耐氧能力相关，从而降低肺动脉高压。

2.川芎嗪　川芎嗪是从中药川芎中提取的有效成分，王刚等通过体外、动物、正交实验，证明川芎嗪对弹性蛋白酶具有较好的抑制作用，其抑制力在一定范围内随剂量逐渐增大而增加，可有效地防止豚鼠弹性蛋白酶肺气虚血瘀模型的形成。临床治疗上，对50例肺心病患者观察，并同时设安慰剂对照组50例，结果发现：治疗组症状改善率为90.67%，肺功能残气与残气值显著下降($P<0.05$)，通气功能较对照组明显改善，表明川芎嗪有抑制痰中弹性蛋白酶活力的作用，能防止肺弹力纤维的破坏，保持肺弹性回缩力，有助于微循环障碍的消除，并可间接地改善通气，使肺内通气/血流比值改善，有利于肺气虚的恢复。汤泰秦通过右心导管直接监测动脉压和血气分析，观察38例慢阻肺和肺心病患者肺动脉一次性注射川芎嗪的临床疗效。结果

显示:川芎嗪可降低肺动脉压,并且没有一般治疗肺动脉高压的扩血管药所具有的降低动脉血氧分压、血氧饱和度和低血压状态的副作用。这主要是因为川芎嗪除具有扩张肺血管作用外,还对支气管平滑肌有解痉作用,使患者有效肺泡通气量增加。川芎嗪对体循环血压、心率呈一定的负性作用,减少心肌耗氧量,亦有利于肺动脉血压的改善。由于川芎嗪具有强酸性(pH6～7),可致肺动脉压上升,所以在临床用药时若将 pH 调近 7.4,则有可能进一步增加川芎嗪的降压效果。然而,该药有效作用时间短暂(临床静脉给药后 30 分钟,肺动脉压即升回到原来水平),临床上还不能依赖该药治疗肺动脉高压。彭伟等用川芎嗪治疗 49 例肺心病患者并观察其治疗前后的血液流变学情况。结果表明:川芎嗪对肺心病患者的化瘀功效是通过直接和间接两种作用实现的。其直接作用为:①降低红细胞聚集性,增强其变形性,使红细胞电泳时间缩短;②降低血小板聚集,抑制血栓形成,使高凝状态减轻,全血黏度降低。其间接作用为:通过扩张血管,改善微循环作用,使各系统和脏器功能恢复,继发性引起血浆黏度和血细胞比容降低。

3. 赤芍　马秀风运用赤芍治疗 30 例肺心病患者,设中西药常规治疗对照组 10 例,观察铟-MAA 肺灌注 γ 照相、肺阻抗图、心阻抗微方图、血液流变学等指标。结果发现:治疗组各项指标的改善情况均优于对照组。该药的治疗机制为扩张肺血管,改善肺血流状态,抑制血浆凝集和血栓形成,降低肺动脉高压,增加心排血量从而使肺功能明显改善。动物实验证实,赤芍对肺动脉高压有治疗和预防作用,观察肺病理改变上发现赤芍组和川芎组均较对照组为轻,而赤芍组动物肺病理改变状况又较川芎组减轻。

四、结语

活血化瘀法治疗慢阻肺及肺心病,在病理探讨、治则研究、方药作用及机制研究方面,已获可喜进展,但一些研究工作尚显粗糙,某些结论带有推论成分,缺少充分的客观依据。今后应以辨证施治为基础,

充分运用现代科学手段进行扩大研究，并在临床和实验研究中进一步探索具有直接和间接活血化瘀作用的药物及其作用机制，为活血化瘀治疗慢阻肺及肺心病开拓广阔的前景。

试论“肾主大便”

《素问·金匮真言论》曰肾“开窍于二阴”，指出肾与前后二阴排泄大小便的功能密切相关，故后人又有肾主大小便之说。肾为水脏且藏元阴寓元阳，与膀胱互为表里，其气化、开阖功能在人体水液代谢及形成、排泄小便中起着重要作用。因此，肾主小便之说，历来为医家所重视。但肾与大便的关系，历代只有些零星的论述，而未受到应有的重视。本文根据脏腑理论及历代医家论述，初步探讨肾主大便的生理、病理基础及机制和其临床价值，以弘扬这一别具特色的中医理论。

一、肾主大便的生理基础

大便系饮食的糟粕，排便为新陈代谢的重要组成部分，从饮食入胃至大便排出，正常大便的形成及排泄，直接或间接地受制于肾阳的温煦、肾阴的滋润。

1. 直接作用　肾藏元阴而寓元阳，五脏之阴气非此不能滋，五脏之阳气非此不能发，所以正常大便的形成及传导均直接受肾阴、肾阳作用的影响，如《医贯·泻利并大便不通》曰：“大便之能开复能闭者，肾操权也。”肾阴充足则能濡润大肠，使大便软硬适度，排泄通畅，故《东垣十书·结燥论》谓：“肾主五液，津液润则大便如常。”肾阳旺盛，命门火充，则能蒸化津液，温润肠道，推动大肠传导之功，正如《石室秘录·论命门》所说：“大肠得命门而传导。”因此，肾阴、肾阳直接影响大便的形成与排泄，诚如《景岳全书·命门余义》所言：“阴阳和则出入有常，阴阳病则启闭无序。”

2. 间接影响　正常大便的形成及传导与胃的受纳、腐熟，脾的转输散精，肺的治节、肃降，膀胱的藏精、气化，小肠的分清别浊等功能密切相关。而肾，尤以肾阳通过对这些功能的作用间接地影响大便的形成及传导，如《石室秘录》曰：“胃得命门而能受纳，脾得命门而能转输；肺得命门而能制节……小肠得命门而布化……膀胱得命门而收藏。”

肾为胃关。《灵枢·水热穴论》指出："肾者，胃之关也，关门不利，故聚水以从其类也。"从水液代谢方面阐明了胃与肾的联系，胃为水谷之海，故肾实乃水谷之关。饮食入胃，其受纳、腐熟作用均赖于肾阳之温煦功能。

脾阳根于肾阳。肾阳充足，脾阳方能振奋，使受纳、腐熟的水谷得以转输、散精、升清降浊，经由大肠传导而形成正常大便。《医贯》在论述命门之火时指出："脾胃无此，则无能蒸腐水谷……大小肠无此，则变化不行，而二便秘矣。"所以肾阳旺盛是脾胃正常消化、吸收的生理基础。

肺肾相关。少阴肾经连系肺肾两脏，使其功能相互联系、相互协调，而肺又与大肠相表里，肺气肃降正常，津液下润大肠，大肠传导有力、固摄有度，致使大便排泄自如。所以肺肾功能协调，也是大便正常的生理基础。

此外，肾与膀胱相表里，肾之津液赖膀胱以藏蓄，膀胱之气化赖肾气之蒸腾。因此，肾气充足，才能维持正常的膀胱气化功能，小便排泄正常，大便则软硬适中。

二、肾主大便的病理基础

多种致病因素的作用，使肾不能主大便，这样必然导致大便异常，故《东垣十书·结燥论》曰："肾既主大小便而司开阖，故大小便失职者责之肾，肾气虚则大小便难。"

1. 肾与泄泻　肾为胃关，肾阳不足，关门不密，引起大便下泄，故肾阳虚是久泻的主要原因。早在《内经》中就有"肾脉小甚为洞泄"的记载。《景岳全书·泄泻》也指出："肾中阳气不足，则命门火衰，而阴寒独盛，故于子丑五更之后，当阳气未复、阴气极盛之时，即令人洞泄不已也。"阐明了肾虚泄泻以五更泻为特点，临床表现为黎明脐腹疼痛，肠鸣腹泻，泄后即安，伴有形寒肢冷，腰膝酸痛，舌淡，脉沉细等症状。若肾阳衰惫，火不生土，脾肾两虚泄泻者，除了具有肾虚泄泻的症状表现，尚兼见纳少脘痞，面黄神疲，完谷不化，稍进油腻食物，大便次

数即明显增加等。此外，肾与泄泻的关系还表现为久泻伤肾，如脾虚湿甚的泄泻，脾气虚弱，日久肾精失养而引起肾气亏虚，进而加重泄泻，故王九峰认为："泄泻病初责之在肠胃，继则在脾，久则入肾，此由表传里之大概也。"（《清代名医医案精华》）久泻患者不仅脾阳虚弱，而且可进一步引起命门火衰，表现为五更泻、肠鸣腹痛、腰膝酸软等，故有久泻无火，久泻无不伤肾之说。

2. 肾与便秘　《杂病源流犀烛》曰："大便秘结，肾病也。"便秘既可因肾阴亏耗所致，也可因肾阳亏虚而成。若由年老体虚、产后、病后，或过用燥热药物等，引起肾阴亏虚，大肠燥涩失滑，传导失职，导致阴虚便秘。临床表现为便干如羊屎状，消瘦颧红，眩晕耳鸣，腰膝酸软，舌红少津，脉细数等。且这种阴虚便秘，常与尿频并见，如消渴病，病本肾阴亏虚，水不制火，火灼金伤津，肺失清肃，开阖失司，使小便量多而频，州都津液少藏，导致肠燥津伤，大便燥结，或便秘不通。如因年老体虚，真阳不足，或过食生冷，过用苦寒药物，伐伤阳气，致温润无权，肠寒气滞，阴寒内结，糟粕不行，产生阳虚便秘，表现为排便困难，小便清长，形寒肢冷，腰膝冷重，腹中冷痛，面青或㿠白，舌淡胖，苔薄白，脉沉迟等。

三、肾主大便理论的临床应用

1. 温肾止泻法　用于肾阳虚衰，不能温养脾土，脾失健运，清浊相混而引起的五更泄泻，泻下不臭，完谷不化，呕恶，腹痛等，用四神丸（《证治准绳》方）温肾暖脾，固肠止泻；或用七神丸（《医学心悟》方）温肾健脾，理气利湿；或用胃关煎（《景岳全书》）益肾健脾。

2. 温肾通便法　用于阳虚阴寒内盛，阳气不运，大肠传导无力而引起的便秘，常用济川煎温肾润肠通便。气虚甚者加黄芪；虚寒重者用半硫丸或附桂八味丸加肉苁蓉、当归、锁阳；或以四神丸合理中丸。若因脾肾阳虚而便秘者，当兼治脾胃。赵献可《医贯·大便不通》指出："肾虚后重者，数至圊而不能便，必茎中痛，或大便不能得而小便先行而涩……须予补中益气丸倍升麻送四神丸，又以八味地黄丸加五味

子、吴茱萸、补骨脂，肉豆蔻，多服乃效。”

3. 滋肾通便法　用于肾阴亏虚，大肠燥结而致的阴虚便秘，常用六味地黄丸加麻仁、玄参、玉竹、蜂蜜之类，以滋阴润肠通便；或用左归丸加首乌、火麻仁等。若由肾阴不足，肺失清润，肺燥清肃不行而引起的肠燥便秘，陈士铎《石室秘录》以“熟地、玄参各 3 两，火麻仁 1 钱，升麻 3 钱，共煎后，其煎液加牛乳 1 碗调服，以清润肺肾，启上通下”。

四、肾主大便的机制研究

1. 肾脏与肠道的生理联系　中医学的“肾”，虽不等同于现代解剖学上的肾，但两者确有许多相似之处。一般认为，肾脏与肠道是分属于两个系统的器官。但生物学研究发现，在爬虫、鸟类、两栖动物中，肾与肠都具有一个共同的出口，这些动物能将尿暂时反流至大肠，进行浓缩而减少水分丢失，并进而发现，哺乳动物虽然肾与肠道是两个独立的器官，但小肠、大肠与肾小管在结构和功能上非常相似。如小肠和近端肾小管均有非常发达的膜结构，能主动输送和吸收葡萄糖、氨基酸、氯化钠及水分；大肠远端与远端肾小管及集合管也都存在吸收氯化钠的结构。这些结构与功能上的相似，是否为肾主大便的生理联系值得进一步研究。

2. 肾上腺皮质功能与脾虚泄泻的关系　对脾虚泄泻的研究发现，患者 24 小时尿 17 -羟皮质类固醇及 17 -酮类固醇均低于正常对照组，而脾肾阳虚组又低于脾气虚及脾阳虚组，表明脾虚泄泻患者存在肾上腺皮质功能减退，脾肾阳虚时肾上腺皮质功能的减退尤为明显。

总之，肾主大便的理论是中医肾脏学说的重要组成部分，应该引起我们足够的重视。今后对这一理论系统的临床和实验研究，必将进一步揭示肾的本质以及肾与其他脏腑在结构与功能上的相互联系，为临床指导治疗慢性腹泻及顽固性便秘提供理论依据，并开拓新的治疗前景。

中医虚证与红细胞内 SOD 活性相关性的研究

SOD（超氧化物歧化酶）是体内清除氧自由基的重要酶之一。业已证明衰老及许多疾病与红细胞内 SOD 活性降低有关。本文从中医虚证的类型和程度探讨其红细胞内 SOD 活性的变化特点，报告如下。

一、研究对象

虚证组 51 例患者均符合 1986 年郑州会议通过的中医虚证辨证参考标准，其中气虚患者 20 例，阴虚患者 17 例，气阴两虚患者 14 例。年龄均在 45～59 岁，平均 52 岁，男 24 例，女 27 例。另设实证患者及健康人两组作对照，其中实证组 14 例，年龄亦在 45～59 岁，男 5 例，女 9 例，包括肝胆湿热（慢性胆囊炎急性发作）3 例，下焦湿热（急性尿路感染）5 例，肝火上炎（高血压病）3 例，痰热郁肺（哮喘急性发作）3 例，诊断参照 5 版中医内科学教材。健康对照组 13 例，年龄亦在 45～59岁，男 7 例，女 6 例。

二、研究方法

SOD 检测采用邻苯三酚自氧化法，药盒由武汉海军抗衰老研究中心提供。取末梢血 50μl 加生理盐水离心，弃尽上清液，加预冷双蒸水 0.2ml，溶血后加预冷 95%乙醇 0.1ml，再加预冷氯仿 0.1ml 离心，制成 SOD 抽提液。先测定 6mmol/L，邻苯三酚自氧化速率为 0.06/min线性速率时，在 pH8.20、浓度为 100mmol/L tris 二甲胂酸钠缓冲液中邻苯三酚的加入量；然后以该量测定在 4.5ml 缓冲液、0.1ml SOD 抽提液和 4.0ml 双蒸水体系中的邻苯三酚自氧化速率，推算出 SOD 活力单位。

虚证积分方法参照有关规定，用统一语句提问，凡主动说出的症状记 4 分，问出的症状显著或持续出现者记 3 分，症状时轻时重或间断出现者记 2 分，症状轻或偶尔出现者记 1 分，无症状者记 0 分；望诊

和切诊具有任意一项记6分。以问诊、望诊和切诊记分之和作为该患者虚证积分。

统计学处理方法：虚证与对照组红细胞内SOD活性对比用t检验，虚证积分与红细胞内SOD活性关系用相关分析，计算出相关系数。

三、研究结果

1. 虚证与实证患者及健康人红细胞内SOD活性　从表1可知，虚证患者红细胞内SOD活性明显低于健康人及实证患者（$P<0.05$），实证患者红细胞内SOD活性略高于健康人，但两者比较无明显差异（$P>0.05$）。

表1　虚证与实证及健康人红细胞内SOD活性比较(u/g Hb)

组别	例数	SOD($\bar{x}\pm SD$)
虚证组	51	1387±325△
实证组	14	1796±413
健康组	13	1733±416

注：①虚证组与其他两组比较均$P<0.05$。

②实证组与健康组比较$P>0.05$。

表2　虚证组各型患者红细胞内SOD活性(u/g Hb)

组别	例数	SOD($\bar{x}\pm SD$)
气虚	20	1423±216△○
阴虚	17	1211±418*
气阴两虚	14	970±353

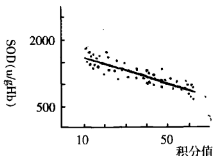
注：①气虚组与阴虚组比较$P<0.050$△。

②阴虚组与气阴两虚组比较$P<0.05$*。

③气虚组与气阴两虚组比较$P<0.01$○。

2. 虚证组各型患者红细胞内SOD活性　从表2可见，虚证组各型患者SOD活性均降低，其降低程度依次为气虚、阴虚和气阴两虚，且各型间均有明显差异（$P<0.05$或0.01）。

3. 虚证积分与红细胞内SOD活性相关性　虚证积分与红细胞内SOD活性呈负相关，相关系数 r=－0.2152（$P<0.05$）。虚证积分越高，其体内红细胞内SOD活性越低。见附图。



附图　虚证积分与红细胞内SOD活性相关图

四、讨论

本文研究结果表明，虚证患者红细胞内SOD活性下降。SOD是机体清除氧自由基的主要酶之一，其活性高低反映了机体清除氧自由基的能力；SOD活性下降，氧自由基生成过多，则造成脂质过氧化，从而导致细胞老化；氧自由基还导致核酸主链断裂，蛋白质发生交联，透明质酸解聚，导致胶原坚韧，皮肤出现皱纹，关节不利和老年斑形成等一系列老化症状。本文研究证明，虚证患者红细胞内SOD活性低于健康人与实证患者的对照组（$P<0.05$），且虚证的严重程度越重（积分值越高），则SOD活性越低，两者呈负相关，说明SOD与虚证变化密切相关。实证、热证患者，以邪实为主，正气未衰，SOD代偿增高，明显高于虚证组，说明了SOD活性在某种程度上反映了人体正气的盛衰。气阴两虚患者红细胞内SOD活性下降尤为显著。陈晏珍等研究认为红细胞内SOD活性与肾阴虚和肾阳虚分型关系不大，而与病情的轻重有关。而本文研究发现SOD活性降低程度依次为气虚、阴虚和气阴两虚；与虚证的证型相关，且各型间均有显著差异（$P<0.05$ 或0.01），尤以气阴两虚型SOD下降更为显著，这一结果和虚证积分与SOD活性呈负相关的结论是一致的。

总之，中医虚证与SOD变化密切相关，表现为虚证尤以气阴两虚

型红细胞内 SOD 活性下降更为明显，而实热证患者 SOD 活性正常，这也说明了红细胞内 SOD 活性在一定程度上反映了人体正气盛衰。

“虚—瘀—衰老”模式初探

生长壮老已是生命的自然规律，衰老是人类生理过程的必然归宿。早在《素问·上古天真论》中就有关于衰老的记载：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子……五七阴阳脉衰，而始焦，发始堕；六七阴脉衰于上，而皆焦，发始白；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁，肾气实，发长齿更；二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子……五八肾气衰，发堕齿槁；六八阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白；七八肝气衰，筋不能动：八八天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，则齿发去。”以女七、男八为基数进行年龄分期，主要以肾气的消长盛衰来说明随增龄人体发生的生长壮老已的变化，认为衰老的机制为肾虚，后世乃至近代医家多承此说，常用补肾方药以抗衰老，我们通过长期大量临床观察，结合中医古代文献及现代中西医对衰老的研究，并以中医理论为指导，系统调查了老年人的证候学特征，认为衰老是机体整体的渐进性衰退过程，肾虚仅是衰老整体变化中的一个重要部分，并从生理、病理方面对衰老变化加以研究，进而提出“虚—瘀—衰老”的中医衰老模式。

一、气旺、阴充、血液流畅是生命活动的生理基础

维持人体生命活动及健康，主要依赖人体各脏腑的正常功能，而维持脏腑正常功能活动的基础是气旺、阴充、血液流畅。

1. 元气决定人之寿夭　气有先天之气和后天之气，先天之气即元气，感受于父母。后天之气则是人体正常功能的总称。《灵枢·天年》篇云：“五脏坚固，血脉和调，肌肉解利，皮肤致密，荣卫之行，不失其常，呼吸微徐，气以度行，六府化谷，津液布扬，各如其常，故能长久。”阐述了脏腑、肌肤、营卫血脉等功能正常，气机旺盛是人类寿命得以长久的保证。金元时期刘完素云：“元气者，形之土，神之母，三才之本，

万物之元，道之坐也。”强调了气对生命活动的重要性，进而提出气之盛衰乱绝决定万物的生长壮衰老病死，认为“气乱则物病”“气绝则物死”。到了明代，张景岳在《类经》中更强调了“夫生化之道，以气为本，天地万物，莫不由之……人之有生，全赖此气”。人之寿命是有一定限度的，这个限度称为“天年”，如《素问·上古天真论》曰：“而尽终其天年，度百岁乃去。”《灵枢·天年》有3处提及人寿为百岁；《尚书·洪范篇》曰“寿，百二十岁也”；《老子》云“人生大期以百二十为岁”，可见人之“天年”应为百岁至百二十岁，人之“天年”在出生之时已由元气所定。清代徐大椿在《医学源流论》中云：“当其受生之时，已有定分焉。所谓定分者，元气也。”王充在《论衡·气寿篇》中指出：“强寿弱夭，调禀气渥薄也……夫禀气渥则体强，体强则命长；气薄则体弱，体弱则命短，命短则多病，寿短。”可见禀气（即元气）之盛衰决定了人之寿命长短。

虽然元气决定了人的“天年”，但大多数人都未能尽终其天年，主要是受到脏腑之气的影响所致。《素问·上古天真论》曰：“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之，故五脏盛，乃能泻；今五脏皆衰，筋骨解堕，天癸尽矣，故发鬓白，身体重，行步不正，而无子耳。”肾为元气之根，藏元阴而寓元阳，肾气充足是维持健康生命的重要方面，故有“肾为先天之本”之说。然脾胃为仓廪之官、水谷之海、气血生化之源。维持后天生命活动及生长发育的一切物质，都依赖于脾气功能之正常，故称之为“脾胃为后天之本”。肺为气之主，司呼吸且主卫外，主治节并可通调水道。生命活动中正常的呼吸、防御、循环及水液代谢过程均需旺盛的肺气协助，方可得以完成。心主一身之血脉，又主神明，心气充沛，气血周流不息，才能维持脏腑、肌肤、经络的正常功能，保证人体健康及生命活动。肝性条达而主疏泄，是气机运行和脏腑功能活动的必要条件，如脾之运化，肺之宣肃，心血运行，肾之开阖等，均赖肝之疏泄功能以协助。因而，维持正常的生命活动和健康长寿必须依赖于各脏腑功能之正常，而不能由某一两个脏腑活动所承担。仅以肾气、脾气等脏腑功能变化来论述衰老之机理是不够全面的。

2. 阴精是维持生命活动的物质基础 《景岳全书·卷十一》曰："夫人生于阳而根于阴，根本衰则人必病，根本败则人必危，所谓根本者而其因也。"《景岳全书·治形论》曰："善养生者，不可不先养此形……善治病者，不可不先治此形……而形以阴客，实惟精血二字，足以尽之。"可见阴、精、血在维持人体健康、防治疾病方面具有的重要性。《灵枢·经脉篇》云："人始生，先成精……"说明人生于精，且决定人体元气之盛衰及"天年"之寿夭。人出生之后，脏腑功能的维持依赖于阴精的濡养，《素问·金匮真言论》云："夫精也，身之本也。"阴精充足是长寿的重要保证。张景岳云："精盈则气盛，气盛则神全，神全则身健，身健则病少。""神气坚强，老而益壮，皆本乎精也。"若"不知持满"，阴精不足，则"半百而衰"(《素问·上古天真论》)。阴枯精竭则生命就要中止而不能终其天年，正如《养性延命录》所云："精竭命衰，百病萌生，故不终其寿。"

3. 气血流畅是生命健康长寿的主要保证 《素问·六微旨大论》曰："出入废，则神机化灭；升降息，则气充孤危。故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有。"揭示了生命活动中升降出入的重要性。只有机体升降出入有常，气血通畅，才能长寿。《素问·生气通天论》即云："气血以流，腠理以密，如是则骨气以精……长有天命。"若"血气不和，百病乃变化而生"，可见多种老年病的产生，都缘于血气不和，而气血不通畅又导致机体的衰老。《灵枢·天年》曾云："血气虚，脉不通，真邪相攻，乱而相引故中寿而尽也。"由此可知，机体的健康与长寿不仅取决于元气的盛衰、后天之阴充气旺，还依赖于气血的流畅。

总之，先天元气决定人之天年，而要达到寿尽天年，后天之气旺、阴充，气血畅通又是其重要保证。这一点与现代医家对健康长寿的认识是非常一致的。维持机体的健康长寿须依赖于机体各组织、各器官功能的正常，而这些又为遗传所决定，同时遗传又决定人寿命的长短。现代人口调查也表明，人类的平均寿命逐渐向"天年"靠拢，但超过120岁的很少，这些证明了人之寿夭由元气所定，气旺、阴充、血液流

畅是健康之重要基础这一说法的正确性。

二、气虚、阴亏、血瘀是衰老的基本病机

衰老是人体增龄而伴随的生理功能的减退。究其机理，则是元气生理性消耗和病理因素长期作用的结果。《灵枢·天年篇》以十岁为一段进行年龄分期，阐述了生理状态下人体衰老的总过程："人生十岁，五脏始定，血气已通，其气在下，故好走。二十岁，血气始盛，肌肉方长，故好趋。三十岁，五脏大定，肌肉坚固，血脉盛满，故好步。四十岁，五脏六腑十二经脉，皆大盛以平定，腠理始疏，荣华颓落，发颇斑白，平盛不摇，故好坐。五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始减，目始不明。六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈惰，故好卧。七十岁，脾气虚，皮肤枯。八十岁，肺气衰，魂魄离散，故言善误。九十岁，肾气焦，四脏经脉空虚。百岁，五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。"可见，随着增龄，人体五脏之气逐渐虚损，临床上常表现为心悸、气短、脉沉细迟或结代（心气虚），腰酸、耳鸣、尿频或失禁（肾气虚），少气懒言、语声低微、易感冒（肺气虚），腹胀、纳少、乏力、食后易倦（脾气虚）等，最终五脏皆虚而终天年。

老年人气常不足，其阴精亦多亏虚，《素问·阴阳应象大论》云："年四十而阴气内半也……"老年人在长期生命活动中逐渐消耗阴精，且因气虚不能生化及固摄阴精，故老年人阴精常不足。临床上常见心悸不宁、虚烦失眠（心阴不足），肢体麻木、视物模糊（肝阴不足），耳鸣、健忘、消瘦、肤干、关节不利（肾阴不足）等。

《灵枢·天年》云："黄帝曰：'其不能终寿而死者，何如？'歧伯曰：'其五脏皆不坚，使道不长……又卑基墙，薄脉少血，其肉不石，数中风寒，血气虚，脉不通，真邪相攻，乱而相引，故中寿而尽也。'"可知在四五十岁后，气虚不足以行血，阴亏不足以润脉，致使血脉运行障碍，临床表现为胸闷疼痛，肢体偏瘫，麻木疼痛，久病不愈，面色紫暗，舌下脉络粗长扭曲，脉结代等。

我们对 178 例健康老人衰老证候特点调查发现，老年人以虚证表

现居多,占 83.71%;以邪实表现为主者仅占 10.11%,只有 6.18%老人无明显虚实证候表现,而且老年人的虚证表现比例随增龄而逐渐增加,在 60～64 岁时虚证仅占 74.3%,而 75～78 岁时 100%表现为虚证。在虚证中又以气虚(含阳气虚)、阴虚、气阴两虚(含阴阳两虚)居多,分别为 29.53%、14.77%及 51.67%。虚证涉及五脏,且以同时病及二、三、四脏为多。同时还发现有 48.32%的虚证中夹有血瘀证表现,尤以气阴两虚及阴阳两虚的老人夹瘀为多,分别占 59.38%及 84.62%。

高金亮等调查 654 例老年前期人群,发现虚证占 82.57%,亦见虚证发生有随增龄而上升的趋势,而且其中以气虚最多,阴虚次之。何裕民等调查 32～84 岁者 2 268 例,发现虚证及血瘀证发生率与增龄呈显著正相关($P<0.05$)。张云如等、王金荣等的相关普查也表明老人以虚证,尤以气虚、阴虚为多见。施永德等的报道中反映了人体血瘀状态的血液黏度、红细胞电泳、纤维蛋白原与增龄明显相关。郑志厚等报道了红细胞变形能力降低与增龄也呈明显正相关。因而,我们认为老年人衰老的证候学特点是气虚、阴虚、血瘀,并提出"虚—瘀—衰老"的中医衰老模式。

三、"虚—瘀—衰老"模式

中医关于衰老的认识主要有整体衰老、失衡衰老和虚实衰老学说。整体衰老学说认为,衰老虽然只表现为某一局部或某一器官形态、功能的衰减变化,但这些变化都是机体整体衰老的局部反映。失衡衰老学说认为,阴阳气血升降的平衡是维持人体健康的必要条件,如果阴阳失衡,阴阳之气太过或不及;气血失衡,气滞血瘀或气虚血瘀,不能濡养脏腑;升降失衡,引起功能失调,影响营养物质的摄入、转化、输布及糟粕的排泄。这些都可以导致机体生病,促进衰老与死亡。虚实衰老学说认为,衰老的原因与脏腑精气虚衰及瘀血、痰浊内生有关,一说肾为先天之本,人体的生长盛衰与肾气息息相关,肾阴是维持生命活动的必要物质,肾阳是维持生命的动力,肾气盛则寿延,肾气衰则寿夭。一说脾为后天之本,是产生与供应人体生命活动营养物质的

最主要脏器，脾气虚衰容易引起形体衰败，此外亦有认为衰老与心、肺、肝脏之虚损及血瘀、痰浊等均有一定的相关性。以上这些学说，从不同侧面和深度揭示了衰老的本质，为中医药抗衰老研究做出了一定贡献。

我们以中医理论为指导，以衰老临床证候调查为依据，充实了中医对衰老的认识，提出"虚—瘀—衰老"的中医衰老模式，认为衰老的主要证候特点为气虚、阴亏、血瘀，其主要病机是随着增龄出现气虚、阴亏，脉道失润而导致血瘀内停，引起机体整体性、渐进性的衰退变化，且在这一变化过程中"虚—瘀—衰老"可呈现互为因果的循环，继而促进机体的衰老进程。在这一过程中，不仅出现肾气虚及脾气虚证候，也可先后表现为肺气虚及心气虚证候；既可见肾阴虚表现，又可见肝阴及心阴不足的表现。虽然可以或多或少或迟或早出现某一两脏气虚或阴虚，但只是衰老进程中特定阶段的特定表现而已。衰老全过程的虚损是以气虚、阴亏为基本特征。血瘀内停是衰老的又一重要特征，虽然老年血瘀证主要由气虚、阴亏所致，但痰浊、气滞也可促使血瘀证的形成。

现代对衰老的研究也表明，衰老与气虚、阴亏、血瘀密切相关。如衰老有多种学说，其中以自由基理论较为成熟，该理论认为自由基对细胞、组织损害是衰老的重要原因。我们通过对虚证与红细胞内SOD活性相关性研究发现，虚证患者自由基清除酶——红细胞内SOD活性低于健康对照组，且虚证的严重程度与SOD活性呈显著负相关；还发现SOD活性的降低程度依次为气虚、阴虚、气阴两虚，各型间均有显著差异，且以气阴两虚型SOD的活性下降更为显著，提示了衰老与气虚、阴亏及气阴两虚有密切相关性。临床研究证实，气虚患者尤以心气虚患者常伴有血液流变性降低等血瘀表现。对老年病的研究也表明，气虚血瘀贯穿于冠心病、心肌梗死、脑血管疾病、肺心病等多种疾病过程中。

我们针对衰老的主要病机，采用益气、养阴、活血药物组成抗衰老方"寿星宝"。经临床与实验研究表明，寿星宝能改善衰老症状，提高

老年人记忆力及动作反应能力，能延长动物寿命，增加抗氧化能力，改善血液流变性及心肌缺氧能力，增加脑额区局部组织血流量，改善大脑神经递质代谢及机体激素代谢等多种功效，提示益气、养阴、活血药物可在多种环节方面延缓衰老的发生，这也为“虚—瘀—衰老”模式提供了有力的佐证。

中医对衰老的认识是一个不断探索、不断深化的过程，“虚—瘀—衰老”模式的初探也只是这种认识深化的一个过程，旨在完善整体、失衡及虚实衰老学说，取其所长，舍其所短，使对衰老的认识更符合于衰老的客观变化过程，从而更加有效地指导中医药抗衰老的研究。

肺气虚证浅探

肺是人体重要脏器之一。《素问·五脏生成篇》曰："肺主一身之气""诸气者，皆属于肺"；《中藏经》也指出"肺者，生气之源"，可见肺与气的关系尤为密切。气既是构成人体的基本物质，又是人体生命活动的表现。本文就肺气虚的病机、病证及肺气虚证的分度进行初步探讨。

一、肺气虚的基本病机

肺气是人体多种生理功能的综合表现，可概括为主皮毛而司卫外；主气而司呼吸；主治节而助心行血，通调水道，调畅气机。肺气的生理功能减退或障碍，临床上可表现为肺气虚的多种病机和证候。

1. 卫外功能减退　皮毛为人体之藩篱，能抵御外邪，固护肌表。肺气虚不能宣发卫气达于体表，卫外之气不足，机体抵抗力下降，易招外邪侵袭，则反复感冒，经久不愈；肌表疏松，腠理不固，则恶寒、怕冷，动则自汗；气不布津于体表，则可致皮肤干燥、毛发干枯，甚至脱落。同时可伴有神疲、乏力、气短、舌淡、脉濡等气虚证的一般表现。肺的卫外功能减退，既可以单独出现于肺气虚证的早期，还可与肺的呼吸及治节功能障碍并见于肺气虚证的中晚期。因此，卫外功能减退贯穿于肺气虚证的全过程，是肺气虚证的常见表现。

2. 呼吸功能失常　肺气受损，气无所主，失其宣发，则出现呼吸不畅，胸闷，咳喘，鼻塞，多嚏，喉痒或卫气郁闭，腠理闭塞而无汗；失于肃降，则见咳逆上气，痰多喘满，呼吸短促等。若肺病及脾，脾胃受损，气津不化，聚湿生痰，又上犯于肺，阻碍气道则可见咳嗽气憋痰多，胸脘满闷，食少倦怠，舌淡苔白腻，脉沉缓滑。病久肺气不足，肾气难充，以致摄纳无权而虚气上逆，咳嗽喘促，畏寒肢冷，腰膝酸痛，小便清长，动则气喘加重等。呼吸失常，见于肺气虚证的中期，并与治节功能障碍并见而出现于肺气虚证的晚期，是肺气虚证的主要表现之一。

3. 治节功能障碍　肺朝百脉。肺气虚时运血无力，血脉瘀阻，故见心悸，胸闷，喘促气急，舌唇青紫，舌质紫暗，肢冷，指甲青紫，颈部青筋暴露，舌下脉络瘀阻等。肺为水之上源，主肃降而通调水道。肺气虚衰，宣肃失职，气不化水则致水道壅塞，水湿横溢，或泛溢肌肤，或停于胸腹，出现全身水肿，以腹部及下肢尤甚，按之凹陷没指，倦怠，腹胀脘闷，口腻不渴或口干不欲饮，小便短少，便溏。肺气虚衰，则水液不能运化、转输以致膀胱气化不利，水道不畅，出现肺脾气虚的癃闭。若肺气虚弱，虚陷于下，致膀胱失约，小便失禁，则出现气虚不运的症状，如遗尿等。肺具有宣发、肃降之功能，能协调人体的气机升降。肺气虚则气机升降失常，清气下陷则见头目晕眩，身倦乏力，气短懒言，甚或久泻久痢，内脏下垂；浊气上逆则腹部胀满，干哕嗳气，纳少呕恶；甚至扰动心神，蒙蔽清窍，表现为心烦易怒，神昏谵语等。治节功能障碍主要见于肺气虚证的晚期。

总之，肺气虚证是肺气多种生理功能减退或障碍的一种表现。根据临床观察，它具有渐进性、阶段性、全身多脏器性变化的特征，即肺气虚症状逐渐加重，病情逐渐发展，进而累及心、脾、肾的功能障碍。

二、肺气虚证的诊断及分度

关于肺气虚证的诊断标准，1979 年广州会议首次提出：以咳嗽为主症，咳声清朗，多为单咳或间咳，白天多于夜晚，痰量不多；次症为易汗出，恶风，易感冒，舌质正常或稍淡，舌苔薄白，脉弦细或缓细等。其后，齐幼龄等提出的肺气虚的诊断标准，以咳喘无力或咳后气促，久咳，呼吸短促为主症；兼症为倦怠、乏力、恶风、自汗、易感冒。舌质淡、苔薄白、脉虚弱无力为必备体征，并将呼吸短促程度分为轻、中、重度。1984 年林求诚诊断肺气虚的标准以易感冒，咳而气短为主症；自汗、舌淡红、苔薄白、脉虚弱为次症。1986 年全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会郑州会议对 1982 年广州会议标准进行了修订，突出了综合诊断标准，其中肺虚证的诊断标准为：久咳，痰白，气短喘促，易感冒。具备两项即可。气虚证的诊断标准为：神疲乏力，少气或懒

言，自汗，舌胖或有齿印，脉虚无力（弱、软、濡）。具备三项即可。同时具有肺虚及气虚的表现，方可诊断为肺气虚证。

以上诊断标准，各有侧重，从不同角度反映了肺气虚证的部分特征，为全面、客观地认识肺气虚证，逐步完善肺气虚证的诊断标准奠定了基础。但现有的诊断标准并不能完全反映肺气虚证发生、发展的全过程，不能反映肺气虚证渐进性、阶段性的特征，不能反映肺气虚证量的变化。因此，我们以中医对肺气及肺气虚证的理论认识为指导，通过对大量临床患者的调查和分析，根据肺气虚证临床发生、发展的全过程，将肺气虚证分为轻、中、重度。

（1）轻度：其基本病机是肺的卫外功能或部分主气功能的减退。其临床特征为反复感冒或久咳痰白，伴有神疲乏力，少气懒言，恶风或自汗，舌胖或有齿印，脉虚无力。

（2）中度：其基本病机是肺的卫外功能及主气功能障碍。其临床特征为轻度肺气虚一系列表现的发生频率、持续时间及程度均加重，并必表现有气短喘促，动则尤甚。

（3）重度：肺的卫外、主气及治节功能全面减退或紊乱为其基本病机，以致在中度肺气虚的基础上出现上不能助心行血、下不能通调水道，气机逆乱，升降失常。其临床表现为在中度肺气虚症状加重的基础上，出现心悸、唇青、舌紫、颈部青筋暴露、尿少、水肿、腹部膨胀；甚至可见神昏谵语、抽搐、吐衄等。

肺气虚证轻、中、重度之间既有病机、病证上的不同，又有发生、发展、演变之相互联系。我们认为，这样分度比较符合临床实际情况，有利于把握肺气虚证的变化而指导临床治疗。但是，对肺气虚证的认识仍有待于进一步完善、充实和提高。

韩明向老师诊治冠心病的经验

韩师业医三十余年，学有渊源，根基深厚，教学临证，精勤不倦。对各种疑难杂证的认识和治疗，颇有其独到之处。随师学习，获益匪浅，现将其诊治冠心病的经验总结如下：

一、临床辨证重病因病机，注意证的转化

韩师认为，冠心病的临床表现常相当于中医的"胸痹"。临床辨证时，尤重辨明病因病机，掌握病位、病性及病机演变，认为只有辨证精当，才能给予确切的治疗。

韩师认为，掌握冠心病发病的内因及诱因，对于预防和治疗均具有同样的重要性。临床发现冠心病患者多为年老体衰而又过食肥甘者，年老体衰，脏气亏损，特别是肾精亏损，不能上奉（滋润、温养）于心，心脉失养；过食肥汁，损脾生湿蕴痰，痰阻心脉，发为心痛。二者是冠心病发病的主要内因。其次，冠心病患者发作前多有明显的诱因，或因劳倦过度，或是寒邪外袭，或由七情内伤，或为暴饮暴食。若能及时去除或避免诱因，可使病情较快缓解或可预防发病；若系无明显诱因而发者，多属素体气血虚弱，脏气亏损，所谓"责其极虚"是也。发作起于夜深人静之时者，预后欠佳。因此，辨心痛发作的病因和诱因，对于临床治疗和推断预后有一定的意义。

韩师认为，冠心病心绞痛病位虽然在心，但由于人体是一个有机的整体，脏腑之间不仅生理上相互依存，而且病理上也常互相影响，气虚、血虚、阴虚、阳虚、气滞、血瘀、寒凝、痰浊等无不与脏腑虚损、功能紊乱有关。所以，临证之际不但要重视引起心痛的主要病机，而且要分析心与其他脏腑的关系，对累及相关脏腑的病因、病位和病性作出综合判断，密切注意证的变化。肾为先天之本，主一身之阴阳。肾气不足，肾精亏损，不足以滋养经脉，心气内虚，血行不畅，瘀阻心脉而痛。过食肥甘，损伤脾胃，一方面气血化源不足，无以奉心化赤，心脉

失养;另一方面精不化气而变生痰浊,上逆胸中,痹阻心脉。肝失疏泄,气滞血凝,心脉痹阻出现胸憋心痛。若气郁日久化火,灼津成痰,痰气交阻,心脉不通。同时年老肺气不足或因痰浊阻肺,肺失宣肃均可影响心血的运行,致使血行失畅、涩滞而出现胸闷,甚则胸痛。基于上述观点,韩师指出对冠心病病机的认识,着重于调节累及相关脏腑的气血功能,纠正因气、血、虚、痰、瘀等导致的盛衰变化,进而调整机体阴阳偏颇,使之达到新的平衡。王清任在《医林改错》中指出:"元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而为瘀。"冠心病患者大多伴有心悸、气短、胸闷痛,活动后加重等症状,临床实验室结果也表明冠心病患者均存在不同程度的心功能降低,从而认为冠心病的主要病机是气虚血瘀。气虚为本,以心气虚为主,可兼肺脾肾气虚或气阴两虚;血瘀是标,多由气虚致瘀,亦有阴虚、气滞、痰浊、寒凝致瘀者。若患者表现为胸部隐痛,时发时止,劳累诱发或加剧,伴有气短、心悸、自汗等气虚症状,心电图见有心肌缺血性改变,可以直接用益气祛瘀的方药治疗。若患者来诊时并不见气虚象,而是痰热证,以心痛而烦,失眠多梦,口干口苦,胸闷纳呆,善惊易怒,苔黄腻,脉弦滑为主要表现,待痰热祛除后,或可显现气虚之证。可见益气祛瘀之法须择时而用,不可拘泥。

二、临证注意病机转化,灵活用药

冠心病随着病程进展,可发生多种病机演变,如气损及血,阳损及阴,本虚标实,标实又可加重本虚。另外,治疗失当亦可引起病机变化,如温补太过,可以助热生火;滋补不当,引起生湿蕴痰;过用清法可损阳气;久服化瘀,易耗气伤阴等。临诊必须严密观察病机转化,防微杜渐,及时处理。若冠心病进而引起"真心痛"或"喘促"时,尤应高度警惕。如心悸而兼脉象过数、过缓、频发结代,特别是乍疏乍数时,必须及时处理,谨防猝死发生。若心痛发作日益频繁,持续时间越来越长,疼痛程度越来越重,应警惕引起真心痛。若心悸气短、汗出、乏力、动则加重,应注意喘促发生。因此,临证时千万不能掉以轻心,必要时

应中西医结合救治。

韩师指出，每一种疾病都有其共同的病机特点，同时随着兼症的不同又会出现相应的证型，临床上可见同一患者处于疾病的不同阶段，其“证”亦发生相应变化。因此，治疗时应根据证的不同，抓住主要矛盾，切中病机，兼顾脏腑，灵活用药，方能收到预期疗效。

在治疗上，韩师也有自己的心得体会，现概述如下：

1. 益气祛瘀，贵在治本　气虚血瘀是冠心病的主要病机，肾为先天之本，主一身之阴阳，若老年脏器亏损，肾气不足，肾精亏虚，不能滋养经脉，日久影响心之包络，致心气亏虚，血行不畅，瘀阻心脉而痛。韩师据此提出益气祛瘀是治疗冠心病的根本方法。

案例1　李某某，女，59岁，1991年10月6日初诊。

主诉：发作性胸骨后隐痛2年余，伴气短乏力，胸中隐痛以活动后为甚，面色无华，头晕目眩，心悸自汗，每因劳累而诱发，舌淡胖，边有齿痕，舌下筋脉粗长、扭曲而紫暗，脉濡缓。心电图示心肌缺血性改变。

诊断：中医诊为胸痹，辨证属气虚血瘀。

治法：益气祛瘀，养血通脉。

处方：炙黄芪、丹参各30g，川芎、当归、黄精、炒白术、葛根、红花、酸枣仁、益母草各15g，麦冬10g、人参(另炖)6g、桂枝4g。上方加减2月余，症状消失，复查心电图恢复正常。

【按】　张景岳在《景岳全书》中对疾病的认识是：“变态虽多，其本则一……一拔其本，诸症尽除矣。”心痛是冠心病的主要临床表现，但只有伏其所主，先其所因，才能通过治本而达到治标的目的。本例患者因胸部隐痛，活动后加重而求治。韩师根据患者胸痛特点及发病诱因，辨为气虚血瘀，心失荣养。以益气祛瘀为法。待气足血活，瘀去新生，心痛自可痊愈。

2. 兼顾脏腑，标本同疗　韩师认为，冠心病虽是以心痛为主要症状，但由于各脏腑之间密切相关，因此，临证治疗时切不可只治心，也不能囿于益气祛瘀，应根据患者体质的不同，邪正的盛衰变化，阴虚、

阳虚、寒凝、痰热等不同的病理改变，临诊时须仔细辨别累及相关脏腑，标本兼顾，辨证而治。

案例2　王某某，男，52岁，1992年2月3日初诊。

主诉：胸闷时痛3月余，心烦不寐，面赤体丰，口苦，大便干结，小溲短赤，舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑数。素有饮酒之好，心电图示心肌缺血性改变。血压：160/90mmHg。

诊断：中医诊为胸痹，辨证属肝胆湿热。

治疗：重在清利肝胆湿热，佐以活血化瘀。

处方：龙胆泻肝汤加减。龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、车前子、泽泻、郁金、枳壳、赤芍各10g，丹参、茵陈各30g，全瓜蒌15g，大黄（后下）6g。上方加减30余剂，诸症全无，复查心电图趋于正常。

【按】　韩师常言："有一脏为病而不兼别脏之病者，则单治一脏而愈；有一脏为病而由他脏引发者，则治他脏而愈。"此例患者系肝胆之火兼夹痰热亡扰心神，瘀阻心脉发为心痛。方用龙胆泻肝汤，清泄肝胆实火，清利肝胆湿热。丹参、赤芍、郁金、全瓜蒌活血通脉，大黄通腑泻热，使邪有去路。共奏清利湿热、活血通脉之效。

3. 据证加减，灵活变通　中医的精华是辨证论治，"证"是机体邪正斗争中的一种反应状态，表现为一系列症状的高度概括，采用针对当时病机而治疗的方法，才是辨证论治。若因病程的进展，或是用药失当而发生病机转化，或气候、饮食、情志等均会对疾病本身产生不同程度的影响。因此，必须有一个动态的观念、灵活的治法，所谓《蒲辅周医案》中所云："得其时，合其证，知其人，择其药。"

如治一例47岁男性冠心病患者，初诊症状表现为气阴两虚，心脉痹阻。予炙黄芪、党参各20g，麦冬、酸枣仁、葛根各15g，玉竹、五味子、川芎、红花、当归各10g，丹参30g。10剂后，胸痛虽较前好转，但咽干、心烦等阴虚症状较前为甚。又减黄芪为10g，党参易为西洋参6g（嚼服），加炒山栀10g。5剂后，症状始得缓解。

冠心病是一种慢性疾病，非短期内所能治愈，立法用药，务求平和。韩师强调在气阴两虚时，使用益气药从小量开始，逐渐增加，嘱切

勿过早、过量使用，否则助热生火。同时需加甘寒养阴之品，以防伤阴之弊。处处应顾及胃气，以免伤及气血之源。对于气虚症状较甚时，防止向阳虚方面转化，宜在益气活血方药中少佐温阳之品，不但可增强疗效，亦能起到防微杜渐的作用，不可忽视。

综上所述，韩师在诊治冠心病的过程中，认为首先应明辨发病之因，强调内外相应发病观，内因主要责之于脾肾之虚，外因多为寒、气、食、劳等的过度和失常。病位上重视脏腑相关理论，辨别累及心痛的其他脏腑病变，及时纠正因脏腑功能失调而导致的气、血、痰、瘀的病理变化。病机上主要为老年气虚，帅血无力，以致心痛瘀阻，并确立了益气活血、化瘀止痛的治疗法则。同时，在治疗过程中，应密切注意其证候演变，谨防因严重心律失常引起心悸、真心痛、喘促等危候的发生，做到有的放矢。在治法上既有益气祛瘀，通络止痛的常法，又有理气化瘀、化痰祛瘀、温阳散寒、清利湿热等变法。既重视整体观念和脏腑相关，又强调治病求本，灵活用药，做到有是证，用是药，药不偏执，药虽平淡，实建奇功。

人参注射液治疗心气虚证的临床研究

为研究人参对心气虚证患者的疗效并探讨其作用机制，本人系统观察了人参注射液对心气虚证的临床疗效，并对部分病例进行了血流动力学、血液流变学、微循环、体外血栓形成等多种指标的检测，并分别与健康对照组的检测结果进行比较。现将观察结果总结如下。

一、研究对象与分组

研究分心气虚证治疗组（简称治疗组）和健康对照组（简称对照组）两组进行观察。

1. 治疗组　本组 301 例均符合 1982 年广州会议制定的中医虚证辨证参考标准中的心气虚证的诊断。其中男 193 例，女 108 例；年龄最小 16 岁，最大 81 岁，平均 53.36 岁；病程最短 6 个月，最长 25 年，平均 6.75 年。西医诊断属心血管系统疾病者 262 例，属其他系统疾病者 39 例。在心血管疾病 262 例中，诊断为冠心病 116 例，心肌炎 75 例，风心病 10 例，高血压病 22 例，原发性心肌病 10 例，肺心病 25 例，心包炎 5 例。

2. 对照组　本组 25 例，男 14 例，女 11 例；年龄最小 18 岁，最大 61 岁，平均 50.1 岁。

二、药物及给药方法

采用自制人参注射液，每支 2ml，含生药 200mg。取其 6～10ml 加入 10%～50%葡萄糖液 20～40ml 中，每日静脉缓慢推注 1 次，10 天为 1 个疗程。病情较重时，每日注射 2 次。抢救时不必稀释，可重复多次用药。

三、观察内容和方法

治疗满 1 个疗程后统计疗效。临床疗效系根据患者症状及体征

用积分法进行统计。其中心悸12分，胸闷10分，神疲乏力8分，少气懒言6分，失眠多梦8分，自汗6分，胸痛10分，脉结代或虚而无力，舌暗或舌边有瘀点（斑）、口唇色暗、舌下静脉增粗、舌下静脉扭曲、舌下静脉延长、脉涩、面色黧黑、面色㿠白各4分，舌胖淡有齿痕、下肢水肿各6分。与治疗前相比，治疗后症状及体征积分值下降≥70%者为显效，下降50%～69%者为有效，积分值下降<50%者为无效。

此外，本人还对其中存在异常心电图改变的心气虚证患者101例，作了治疗前后血流动力学、血液流变学、微循环、体外血栓形成等多项指标的检测，并分别与对照组25例的检测结果进行比较。

四、观察结果

1. 临床疗效　按症状及体征的积分值统计疗效。统计结果本组301例治疗后获显效237例（78.74%），有效21例（6.98%），无效43例（14.28%）；总有效率为85.72%。本组病例治疗前总积分值平均为82.65±3.17（均值±标准差，下同），治疗后平均为24.60±1.27，经统计学处理有显著差异（$P<0.01$）。

对不同病种的疗效分析中发现，心血管系统疾病疗效89.70%，（此指总有效率，下同）明显高于其他系统疾病（58.97%），两者差异显著（$P<0.01$）。在心血管系统疾病中以冠心病的疗效（95.34%）为最好；其次为风心病（90%），心肌炎（89.34%）和肺心病（88%）；高血压病、心包炎和原发性心肌病的疗效较差。本疗法能明显改善心气虚症状（$P<0.01$），对血瘀征象也有较好疗效（$P<0.05$或0.01），对水肿、舌淡胖、面色黧黑、脉结代的改善不明显（$P>0.05$）。

2. 心电图疗效　对其中有异常心电图改变的101例进行了治疗前后的比较观察。101例中有ST－T波异常者68例（67.31%），左室肥大伴劳损36例（35.64%），频发室性期前收缩31例（30.69%），心房颤动24例（23.76%），房室传导阻滞21例（20.79%）。表1显示，人参注射液对ST－T波异常、左室肥大伴劳损者有显著疗效，心电图恢复正常率分别为77.9%、47.29%，对频发室性期前收缩、心房颤

动、房室传导阻滞者疗效较差，心电图恢复正常者仅为4.2%～12.9%。

表1 人参注射液对101例患者异常心电图的影响

异常心电图	治疗后		
	例　数	恢复正常	异　常
ST-T波异常	68	53(77.9%)	15(22.1%)
左室肥大伴劳损	36	17(47.29%)	19(52.7%)
频发室性早搏	31	4(12.9%)	27(87.1%)
房室传导阻滞	21	1(4.8%)	20(95.2%)
心房颤动	24	1(4.2%)	23(95.8%)

3. 治疗前后微循环状态的变化　采用AZN-Ⅱ型心血管功能测试仪，测定101例心气虚证患者和25名健康人的微循环更新时间(ALT)和微循环平均滞留时间(TM)。表2结果显示，治疗组的ALT较对照组明显延长($P<0.05$)，治疗后则见显著缩短($P<0.01$)，并接近对照组水平。

表2 人参注射液对心气虚证患者的微循环状态的影响(M±SD)

组别	例数	ALT	TM
治疗组			
疗前	101	15.98±2.76*	23.01±3.3
疗后	101	14.99±2.57△	22.16±3.89
对照组	25	14.65±2.41	21.97±3.82

注：*与对照组比较$P<0.05$、△与治疗前比较$P<0.01$。

4. 治疗前后体外血栓形成的变化　用Chandler法观察101例心气虚证患者和25名健康人的体外形成血栓的长度、湿重和干重。表3示，心气虚证患者体外形成血栓的长度、湿重和干重均较健康人明显增加($P<0.01$)，治疗后则显著下降($P<0.01$)。

表3 人参注射液对心气虚证患者体外形成血栓的影响(M±SD)

组别	例数	长度(cm)	湿重(mg)	干重(mg)
治疗组				
疗前	101	5.24±3.12*	112±75.2*	43.8±25.7*
疗后	101	3.88±2.32△	8S.5±59.3△	32.3±22.4△
对照组	25	2.28±1.01	55.0±23.1	18.5±7.15

注：*与对照组比较$P<0.01$、△与治疗前比较$P<0.01$。

5. 治疗前后血流动力学指标的变化　采用 AZN－Ⅱ型心血管功能测试仪，检测 101 例心气虚证患者和 25 名健康人的心搏出量(SV)、每分钟心输出量(CO)、心搏指数(SI)、心脏指数(CI)、左心室有效泵力(VPE)和总外周阻力(TPR)。表 4 的检测结果表明，心气虚证患者的 SV、CO、CI、VPE 等项指标均较健康人低，经用人参注射液治疗后，上述各项指标均较治疗前增高，其中 SV、CO、CI 的增高尤为显著($P<0.05$ 或 0.01)。心气虚证患者治疗前 TPR 较健康人略高，治疗后有较明显下降($P<0.05$)。

表 4　人参注射液对心气虚患者的血液动力学影响(M±SD)

组别	例数	SV (ml/beat)	CO (L/min)	SI (ml/beat/m²)	CI (L/min/m²)	VPE (kg/beat)	TPR (dyn. s. cm⁻⁵)
治疗组							
治疗前	101	84.47±14.3	6.10±2.35	52.87±15.25	3.98±1.24*	1.79±0.49	998±160
治疗后	101	93.17±37.66△	7.09±2.41△△	54.15±13.20	4.74±1.40△△	1.81±0.43	945±156△
对照组	25	97.21±43.11	6.21±0.73	53.17±9.00	4.63±1.47	1.86±0.20	995±95

注：* 与对照组比较 $P<0.05$，△与治疗前比较 $P<0.05$，△△与治疗前比较 $P<0.01$。

6. 治疗前后血液流变学指标的变化　表 5 示，心气虚证患者的全血比黏度、全血还原黏度、纤维蛋白原含量均明显较健康人高($P<0.01$)，而红细胞压积和血浆比黏度较健康人略高($P>0.05$)。经人参注射液治疗后，患者的全血比黏度、全血还原黏度、血浆比黏度、纤维蛋白原含量较治疗前有显著下降($P<0.01$)，血细胞比容无明显变化($P>0.05$)。

表 5　人参注射液对心气虚证患者的血液流变学影响(M±SD)

组别	例数	全血比黏度(ηb) 80 秒⁻¹	全血比黏度(ηb) 20 秒⁻¹	全血还原黏度(ηb)	血浆比黏度(ηb)	纤维蛋白原(mg%)	血细胞比容(%)
治疗组							
治疗前	101	5.75±1.77*	9.23±2.10*	9.45±0.81*	1.93±0.45	610±116*	40.8±2.85
治疗后	101	4.15±1.3△	7.40±1.87△	7.89±0.72△	1.74±0.44△	501±110△	40.1±2.67
对照组	25	3.89±2.12	6.36±0.80	7.30±0.74	1.74±0.50	356±116	38.9±17.1

注：* 与对照组比较 $P<0.01$，△与治疗前比较 $P<0.01$。

五、讨论

关于人参的治疗效应，历来都偏重于大补元气。通过临床症状及

体征、血流动力学、血液流变学及微循环等多项指标的同步观察表明，益气药人参除能改善患者的气虚症状和血瘀征象外，患者的血流动力学、血液流变学、微循环等参数亦相应得到改善。在此基础上我们开展了治疗心气虚证的研究。

从我们对101例心气虚证患者的观察中发现，经人参注射液治疗后，不仅明显改善了患者的心气虚症状，还改善了瘀血症状和体征，对ST－T波和左室肥大伴劳损的异常心电图也均有较好疗效。与此同时，101例心气虚证患者的低心排出量状态得到明显改善，全血比黏度、全血还原黏度、血浆比黏度、纤维蛋白原含量及体外形成血栓的长度、干重、湿重等指标也获明显改善。以上研究结果证实人参具有益气祛瘀作用，其机制可能与其强心、抑制血小板聚集，促进纤溶、改善微循环等作用有关。

心气虚患者存在着不同程度的心功能减退，其心脏储备功能较健康人低，William认为气短、乏力症状的出现与左心功能不全密切相关。本文证实了心气虚患者有低左心泵力、低心排出量、血液高凝固性和高黏滞性，以及微循环异常等存在，并发现心气虚证患者的临床症状及体征的积分值与血流动力学参数呈负相关，而与血液流变学及微循环参数呈正相关。因此，我们认为心气虚证不只是左心功能减退，而且也是心功能、血液流变学、微循环等多种功能减退或障碍的综合表现。部分揭示了所谓“气虚致瘀”即是指主要由心气亏虚，不能维持血脉运行所致，从而丰富了气血相关理论的内容。

韩明向运用龙胆泻肝汤的经验

韩师在临床上辨证精当，根据中医的整体观念及藏象相关学说，运用龙胆泻肝汤治疗多种疑难病症得心应手，颇具特色。现举例如下：

一、白塞病

案例　万某，女，22岁，1992年5月10初诊。

主诉：3个月前发现口腔黏膜反复发作性溃疡，几个月后又见下身溃疡，灼热疼痛，小腿上段有皮下结节，口唇边有两处黄豆大小溃疡，眼结膜充血。伴神疲乏力，口干口苦，纳呆，呕恶腹胀，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉细滑。诊为白塞病。经西医诊治，不见好转。后就诊于韩师。

诊断：中医诊为湿热流注肝经。

治则：清热利湿，活血解毒。

处方：芪柏龙胆泻肝汤。龙胆草6g，山栀、黄芩、柴胡、泽泻、车前草、黄柏、苍术各10g，生地、土茯苓各20g，土牛膝、生黄芪、赤小豆、猪苓、茯苓各15g。5剂。药后患者神疲乏力症状减轻，下身溃疡及小腿皮下结节基本消失。方既有效，继服5剂，结膜充血、口腔溃疡痊愈。原方去山栀、土牛膝，加当归、赤芍活血解毒，继服20剂，以资巩固。

【按】　白塞病是一种多发于口腔黏膜、肛门生殖器、眼睛等处，以疱疹和溃疡为特征的皮肤黏膜综合征。疾病发生与肝经关系尤为密切。湿热蕴结肝经，循脉上蒸则口舌生疮、目赤，流注下身则阴蚀溃烂，蕴蒸肌肤则皮下结节。龙胆泻肝汤清利肝经湿热，配赤小豆、苍术、猪苓、茯苓、牛膝、黄柏利湿解毒，入黄芪补气升阳，托毒外出，病岂有不愈之理。

二、支气管扩张

案例　王某，男，37岁，1986年10月15日入院。

主诉：既有支气管扩张病史5年，持续咳血1周，近3日加重，血色鲜红，伴有胸闷、咳嗽诸症。入院后给予安咯血、云南白药、抗血纤溶芳酸、黛蛤散、泻白散治疗，效果不显。伴胸闷胸痛，易激动，每次发作与情绪有关，纳呆，口干苦，尿黄便干，口唇绯红，舌质红，苔黄腻，脉弦劲。

诊断：中医辨证为肝经湿热犯肺，灼伤血络。

治则：清肝利湿泻肺，佐以凉血止血。

处方：青丹龙胆泻肝汤。龙胆草、山栀、柴胡、黄芩、生地、青黛、丹皮各10g，泽泻、藕节、茅根各12g，三七粉6g。连进3剂，咯血渐止，黄苔渐化，唯口干便硬，时有咳嗽，原方加大黄10g，麦冬、贝母各6g，又进7剂，诸症缓解，后以原方调治月余而出院。

【按】 患者肺络受伤，咯血不止，此时急则治其标，止血为先。急性出血，火势炎上，非苦寒之剂不能直折。方用龙胆草、山栀、黄芩、泽泻泻肝经湿热之火，加丹皮、青黛、茅根、三七、藕节凉血止血，入大黄釜底抽薪以清泻肺热，合麦冬、贝母、生地养阴润肺。合用之，使火清肺安，液补津生，血止脉和，自可向愈也。但本文对血证治验，是针对肝经实火或湿热证而设，非对一切出血证而言，临证须辨证精当，不能顾此失彼，偏执一端。

三、病毒性脑炎

案例 张某，男，60岁，1985年4月10日入院。

主诉：患者白日发作性抽筋，昏睡，意识丧失，夜间则狂躁妄动，言语错乱，声大喜叫，心烦胸闷，头胀痛，口干便秘，腹胀，舌质红，苔厚腻，脉弦数。体检：克氏征(＋)，布氏征(＋)。

诊断：请神经科会诊后，诊为病毒性脑炎。中医辨证为肝火炽盛，痰蒙心窍。

治则：清肝泻火，镇静安神。

处方：菖蒲龙胆泻肝汤。炒山栀、黄芩、柴胡、生地、甘草、龙胆草、石菖蒲、当归各10g，珍珠母、龙骨、牡蛎各20g，大黄6g，萆薢、泽泻各

12g。5 剂后，症状减轻，神志清楚，夜间安睡，后以原方加味调治月余而愈。

【按】 患者狂躁妄动，心神不宁，病在肝经，迁涉及心。方用龙胆汤泻肝经之热，菖蒲、萆薢、泽泻利湿化痰开窍，入龙骨、牡蛎、珍珠母镇静定志，配以大黄通腑泻热。有研究表明，龙胆草有镇静作用，栀子、当归、柴胡、黄芩等也有镇静和抗惊或镇痛作用。本例病为龙胆泻肝汤治疗此类病证提供了科学依据。

四、顽固性失眠

案例 黄某，男，65 岁，香港某轮船公司船长。

主诉：有失眠病史 10 多年，长期服用国内外多种镇静催眠药，效果不显，经查有肝脏损害，谷丙转氨酶（GPT）200U 以上，血糖 13.32mmol/L。近 1 周常心烦不安，狂躁易怒，彻夜不眠，忧心忡忡，并伴有胸胁胀闷，口干渴，溲黄便秘，舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

诊断：不寐，证为肝胆湿热，上扰心神。

治法：清肝泻火，镇静安神。

处方：茵陈龙胆泻肝汤。茵陈、龙胆草、山栀、黄芩、柴胡、生地、当归各 10g，珍珠母 20g，琥珀粉 6g，大黄 6g。5 剂后，夜间能安卧，诸症减轻，再 5 剂失眠症状控制，复查肝功能 GPT 降至 80U，血糖降至 9.99mmol/L，原方减量，继服善后，随访至今未发。

【按】 患者虽以失眠为主要症状，但其病机仍为肝胆湿热，上扰心神。方中龙胆泻肝汤清肝火，琥珀粉定惊安神，配以大黄泻火安神，珍珠母平肝潜阳，合用使火清木平，心静神安，既使多年顽疾治愈，又有保肝利胆作用。现代药理学研究表明：该方能减轻肝细胞变性和肝组织坏死，茵陈、龙胆草、栀子、黄芩尚有利胆作用，提示该方对肝损害者尤为合适。

五、狂躁型精神病

案例 王某，女，30 岁，1984 年 6 月 15 日初诊。

主诉:有精神分裂症病史多年,曾住精神病院治疗不见好转,近1周病情越发严重,狂躁妄动,言语错乱,烦扰哭叫,日夜不休,随意骂人打人,小便黄,大便硬,面红目赤,口干,舌质红,苔黄腻,脉洪数。

诊断:中医诊为癫狂,证属痰火蒙蔽清窍。

治法:清肝泻火,化痰醒脑。

处方:菖茹龙胆泻肝汤。炒山栀、黄芩、柴胡、生地、甘草、龙胆草、当归各10g,生龙骨、生牡蛎各20g,菖蒲、广甘松、郁金、竹茹各10g。5剂。服药后狂躁症状减轻,神志清楚,夜间安卧,唯觉大便干燥,原方加大黄6g,玄参、石斛各10g。调治月余,病情平稳。

【按】 本例患者呈明显的肝火上炎,神明蒙蔽之象,方中龙胆汤清肝泻火,配以生龙牡潜阳敛肝,大黄荡涤肠胃之热,入菖蒲、竹茹、甘松、郁金清热宁心,祛痰醒神,合玄参、石斛以养阴增液,方证合拍,疗效显著。

六、心律失常

案例 徐某,男,50岁,1992年1月12日初诊。

主诉:自诉1年来心悸时作时休,胸闷气短,倦怠乏力,口干口苦,性情急躁,嗜酒,舌红,苔黄厚腻,脉弦数。心电图示频发室性期前收缩。

诊断:心悸,证属肝胆有热,心火妄动。

治法:清心凉肝,镇静安神。

处方:参丹龙胆泻肝汤。龙胆草、炒山栀、黄芩、柴胡、生地、甘草、当归、麦冬、太子参各10g,苦参、丹参、珍珠母各20g。5剂。药后患者胸部舒畅,心悸缓解,口干、口苦减轻,复查心电图,期前收缩消失。予原方加减治疗数月,病情好转,随访至今,未再发。

【按】 本例患者平素喜饮酒,嗜膏粱厚味,致湿热内蕴,且兼气虚症状,属虚实夹杂之证。方用龙胆汤加苦参清利湿热,以治其标,配太子参、丹参、麦冬益气养阴活血,兼治其本。珍珠母镇惊定悸,共奏清化湿热,益气活血,宁心安神之功。

肺气虚证及其分期与红细胞的SOD活性、变形能力及C3b受体关系的研究

肺气虚是肺的生理功能失常的表现，其证见卫外不固，宣降失司和治节不利。此三者是肺气虚逐渐加重的表现。我们称之为肺气虚Ⅰ期、Ⅱ期和Ⅲ期。我们检测了45例肺气虚证患者红细胞的SOD活性、变形能力及C3b受体。并观察与肺气虚分期的关系。现将结果报告如下。

一、资料与方法

（一）临床资料

本组45例患者均符合1986年郑州会议通过的中医虚证辨证参考标准之肺气虚证的诊断标准。其中男33例，女12例，年龄25～69岁，平均53岁，按照肺气虚的程度和兼证将肺气虚证分为3期。

1. 肺气虚Ⅰ期　23例。为轻度肺气虚，肺气虚损程度较轻，病程短，主要损及肺气的卫外功能，临床表现为易感冒、咳嗽痰稀、少气懒言、面色苍白、恶风自汗等。相当于体虚易感冒和慢性气管炎者。

2. 肺气虚Ⅱ期　14例。为中度肺气虚，肺气虚损程度较Ⅰ期为重，影响肺的宣降功能，甚至累及于肾。肺肾气虚，肾不纳气，临床兼见久咳，气短，甚则喘息，动则尤甚，相当于肺气肿阶段。

3. 肺气虚Ⅲ期　8例。为重度肺气虚，肺气虚损程度更为严重，影响肺的治节功能。临床上在肺气虚Ⅱ期的基础上，又兼见胸闷、紫绀、心悸、下肢水肿等，属肺气重度虚损，累及心肾，血瘀水停，相当于肺心病者。

4. 对照组　20名。均为本院实习生、医护人员及健康献血者，男女各10名，年龄20～60岁，平均51岁。

（二）实验方法

1. 红细胞内SOD活性测定　采用邻苯三酚自氧法，试剂盒由海

军抗衰老研究中心提供(批号:910520),取抗凝血 2ml 于硅化管中,用生理盐水洗涤 3 次,取红细胞 50μl,分别加入双氧水、乙醇和氯仿,进行抽提,离心得 SOD 抽提液,吸取 0.1ml 的 SOD 抽提液加入 pH8.20,100mmol/L 的 tris-甲胂酸钠缓冲液中,温浴 20min,加入 7mmol/L 的邻苯三酚 0.4ml,4min 后加入 10mol/L HCl 1 滴,然后在 721 分光光度计下比色(λ=420nm),测定 SOD 值。

2. 红细胞变形能力测定　采用微孔滤膜法。仪器为 XG-1 型核孔滤膜红细胞变形仪,滤膜由中国中医研究院西苑医院提供,取 0.5ml经洗涤后的压积红细胞加入 4.5ml 的红细胞悬浮液中,然后在负压为 10cmH_2O 压力下,分别测生理盐水、红细胞悬液的滤过时间和血细胞比容,按 Kautsouris 和 Hass1983 年提出的红细胞滤过指数(IF)作为反映红细胞变形能力的指标:

滤过指数=红细胞悬浮液滤过时间一生理盐水滤过时间/生理盐水滤过时间×红细胞悬浮液压积

3. 红细胞 C3b 受体花环率测定　取酵母多糖(Sigma 产品)加入小白鼠血清致敏,配成 1×10^8/ml 浓度的 C3b 致敏酵母菌悬液备用,取抗凝血 2ml 用生理盐水洗涤 3 次,取压积红细胞并配成 1.25×10^7/ml的红细胞应用悬液,各加 5 滴红细胞悬液与 C3b 致敏酵母菌悬液于试管中,充分混匀置 37℃水浴 30min,加生理盐水 1 滴,再加 2 滴 0.25%丙二醛混匀,固定涂片,自然干燥。用瑞氏染色,在高倍镜下,计数 200 个红细胞中结合有 2 个以上酵母菌的细胞个数,换算成百分率,作为红细胞 C3b 受体活性的指标。

二、结果

各组红细胞 SOD、变形能力和 C3b 受体与对照组的比较见附表。

附表　肺气虚患者红细胞 SOD、IF 和 C3b 受体的测定($\bar{x}\pm S$)

组别(n)	SOD(u/g·Hb)	IF	C 3b受体花环率(%)
对照组 20	1647±213	0.379±0.32	16.9±5.9
肺气虚(总)45	1242±165△	0.965±0.27△	12.7±5.4△

续表

组别(n)	SOD(u/g·Hb)	IF	C 3b受体花环率(%)
肺气虚Ⅰ期23	14865±167	0.65±0.34	13.4±4.8
肺气虚Ⅱ期14	1245±216·	0.93±0.42··	12.8±3.9
肺气虚Ⅲ期8	997±189·▲	1.31±0.37·▲▲	12.1±5.1

注:与对照组比较△$P<0.01$;与Ⅰ期比较·$P<0.01$.··$P<0.05$;与Ⅱ期比较▲$P<0.01$.▲▲$P<0.05$。

结果表明,肺气虚组红细胞内SOD和红细胞C3b受体花环率较健康人低下,而IF较健康人高,且均有显著差异($P<0.01$),表明了肺气虚患者存在抗氧化能力和红细胞免疫能力的低下,同时也存在红细胞变形能力的下降。肺气虚各期在抗氧化能力、红细胞变形能力上存在差异($P<0.05$或0.01),且依Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期顺序有逐渐加重的趋势,C3b孔受体花环形成率未见此现象(各期相互比较,无统计学意义,$P>0.05$)。

三、讨论

(一)肺气虚的临床分期

肺气虚是肺生理功能活动失常的表现,肺的主要功能有主皮毛而卫外,主气而司呼吸,内朝百脉而主治节。因此将肺气虚证分为3期:①肺气虚Ⅰ期,主要指肺的卫外功能减弱,为轻度肺气虚。②肺气虚Ⅱ期为中度肺气虚,是肺气虚Ⅰ期加重的表现,表现为肺主气而司呼吸功能的减退,甚至累及肾,使肾不纳气。③肺气虚Ⅲ期为重度肺气虚,是Ⅱ期的进一步发展,影响心肾两脏,进而因虚致实,表现为治节功能减退,上不能助心以行血,而致心悸、发绀、静脉曲张;下不能通调水道以输膀胱,而见尿少、水肿等。以上3期之间既有病机、病症之本质不同,又有发生、发展、演变之相互联系。

(二)肺气虚与自由基代谢

本研究证实,肺气虚证患者红细胞内SOD活性显著低于健康人($P<0.01$),并且随着肺气虚证分期的加重,而逐渐显著下降($P<0.01$)。临床资料表明,肺气虚证多见于老年人,而老年人代谢

率低下，减少了体内各种抗氧化成分，且因这些患者多有长期的吸烟和反复肺部感染史，烟气中含有大量自由基以及感染时中性粒细胞释放的大量自由基，消耗了体内大量的自由基清除物，所以肺气虚证患者 SOD 活性低下，并随病情严重而显著降低。

（三）肺气虚证与红细胞变形能力

本研究证实肺气虚时，红细胞变形能力下降，红细胞滤过指数显著增长，并随着肺气虚证分期的进展而逐渐加重，其机制可能与肺气虚时体内存在不同程度的缺氧有关。有报告称，当血细胞比容＞60%。PaO_2＜40mmHg，动脉血 pH 为 7.0 时，RBC 的变形能力减弱或丧失；同时，肺气虚时体内自由基产生增多，而清除酶 SOD 活性降低，使得细胞膜脂质过氧化，细胞膜磷脂降低，也能致红细胞变形能力下降。

（四）肺气虚与红细胞 C3b 受体

1963 年 Nelson 首先报道了红细胞膜上存在 C3b 受体，具有免疫黏附作用。Fearon 等认为红细胞上的 C3b 受体约占全血 C3b 受体总数的 95%，因此人体清除循环免疫复合物(CIC)的作用主要依赖于红细胞。本研究表明，肺气虚患者红细胞上的 C3b 受体显著低于健康人(P＜0.01)，提示红细胞不仅参与载气的作用，也参与卫外的功能，这是因为红细胞的 C3b 受体能黏附自身的 T 细胞，使抗原与 T 细胞紧密靠拢，并将抗原提呈递交给 T 细胞，提高了 T 细胞的免疫功能，且参与干扰素、免疫球蛋白、白细胞介素、NK 细胞的免疫调控作用。而如果红细胞的 C3b 受体下降，则不足以清除沉积于肺脏的 CIC，因此造成了肺脏的损伤。肺气虚患者红细胞的 C3b 受体的下降，可能与 SOD 下降有关，吞噬细胞的正常吞噬赖于红细胞膜上的 SOD，而 SOD 活力下降，则造成 C3b 与 CIC 结合的能力下降。

总之，肺气虚时红细胞清除自由基的功能、变形能力以及免疫吸附作用等多种功能减退，其中 SOD 活性下降是导致红细胞变形能力及免疫功能下降的原因之一，表明了气病可累及于血，而红细胞不仅有载气作用，且又参与卫外机制，并在维持肺气正常功能中起着重要作用。

四安胶囊治疗胰岛素抵抗综合征的临床研究

高血压患者伴随血糖代谢的异常、血清脂质的紊乱以及血清胰岛素的升高是临床常见的现象。1988 年，Reaven 发现胰岛素抵抗是其内在基础，并将此症候群命名为“胰岛素抵抗综合征”或“X 综合征”。由于至今还没有一种药物能综合防治之及改善胰岛素抵抗，而许多中药同时具有降压、降糖、降脂作用，从而为治疗此综合征提供了可能性。临床观察表明，此综合征的主要证候特点为肝火亢盛、痰瘀互结，故我们选用清热平肝、化痰祛瘀的中药，并结合现代药理学研究成果，研制成四安胶囊，并对其治疗胰岛素抵抗综合征作用进行了临床研究。

一、病例选择

将符合胰岛素抵抗综合征判断条件，中医辨证属肝火亢盛、痰瘀互结的 64 例患者随机分成 2 组：即四安胶囊治疗组，共 33 例；巯甲丙脯酸对照组，共 31 例。两组患者在性别、年龄、分期构成、血压、血糖、血脂及血胰岛素水平等方面均存在可比性。胰岛素抵抗综合征判断条件参照 Reaven 提出的标准，即在高血压病的基础上具有血胰岛素水平升高、葡萄糖代谢异常、脂质代谢异常。

二、治疗方法

治疗组服用我院生产的四安胶囊，每日 3 次，每次 4 粒；对照组服用巯甲丙脯酸，每次 12.5mg，每日 3 次。两组均以 4 周为 1 个疗程。治疗期间停服其他影响血压、血糖、血脂代谢的药物。

三、治疗结果

1. 对证候积分及症状的疗效　详见表 1、表 2。

表1　对证候的疗效[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	33	14(42.4)	17(51.5)	2(6.10)	(93.9)
对照组	31	10(32.3)	17(54.8)	4(12.9)	(87.1)

表2　对证候积分的影响(x－＊5]＋S)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	33	24.3±4.1	11.3±3.0**
对照组	31	23.8±5.3	13.6±4.9**

注：与治疗前比，＊＊$P<0.01$。

由表1可见，两药均有显著的治疗效果($P>0.05$)。

由表2可见，两药均可显著降低患者的肝火亢盛、痰瘀互结型证候积分，治疗前后差异显著($P<0.01$)。两组治疗后之证候积分相比无显著差异($P>0.05$)。对各种症状均有显著的治疗效果，其中四安胶囊对头痛、眩晕、胸闷有效率在85%以上，对耳鸣、失眠、头昏、肢麻、便秘疗效优于巯甲丙脯酸组；巯甲丙脯酸对头痛、眩晕、心悸、胸闷有效率达85%以上，对心悸、水肿疗效优于四安胶囊组。但两组之间各症状疗效相比无统计学差异($P>0.05$)。

2. 四安胶囊对血压的影响　详见表3。

表3　对血压的影响(kPa，$\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前		治疗后	
		收缩压	舒张压	收缩压	舒张压
治疗组	33	22.84±0.14	12.85±1.37	19.68±1.93**	10.89±1.35**
对照组	31	22.40±2.05	13.12±1.61	18.92±2.04**	11.20±1.24**

注：与治疗前比，＊＊$P<0.01$。

由表3可见，两药均可极显著地降低患者的收缩压及舒张压水平($P<0.01$)，两组间治疗后相比无显著差异($P>0.05$)。

3. 四安胶囊对血糖和胰岛素代谢的影响　详见表4。

表4　对血糖和胰岛素的影响($\bar{x}\pm s$)

项　目	治疗组(n=33)		对照组(n=31)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
血糖(mmol/L)	6.2±1.8	5.1±1.4**	5.9±1.4	5.4±1.1
胰岛素(pmol/L)	132.7±24.5	101.6±18.6**	124.5±21.8	114.3±19.9

注:与治疗前比,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比,# $P<0.05$。

由表4可见,四安胶囊能显著降低血糖和胰岛素水平($P<0.05$或0.01),巯甲丙脯酸对上述指标虽有所降低,但无显著性差异($P>0.05$)。组间相比,治疗组治疗后的血清胰岛素水平低于对照组治疗后之水平($P<0.05$)。

4. 四安胶囊对脂质代谢的影响　详见表5。

表5　对脂质代谢的影响($\bar{x}\pm s$)

项　目	例数	治疗组		例数	对照组	
		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后
TCH(mmol/L)	33	4.80±0.88	4.20±0.51*##	31	4.82±0.93	4.77±0.76
TG(mmol/L)	33	1.65±0.39	1.17±0.27*#	31	1.58±0.36	1.42±0.37
HDL(mmol/L)	33	1.23±0.15	1.37±0.19	31	1.25±0.20	1.30±0.21
LDL(mmol/L)	33	3.24±0.26	2.60±0.15*##	31	3.25±0.40	3.19±0.32
血脂指数	33	2.9±0.8	2.1±0.3**##	31	2.9±0.6	2.5±0.6*
$APOA_1$(g/L)	27	1.38±0.25	1.46±0.21	24	1.33±0.20	1.41±0.18
APOB(g/L)	27	1.21±0.14	1.02±0.11*	24	1.30±0.22	1.19±0.17*

注:与治疗前比,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比,# $P<0.05$,## $P<0.01$。

由表5可见,四安胶囊对TCH、TG、LDL,Apo-B及血脂指数均有显著改善作用($P<0.05$或0.01),对Apo-A_1及HDL有升高趋势,但无统计学意义($P>0.05$)。而巯甲丙脯酸仅对血脂指数及Apo-B有改善作用($P<0.05$),对其他成分的脂代谢异常虽有改善,但无统计学意义($P>0.05$)。经治疗后,四安胶囊对TCH、TG、LDL及血脂指数的降低作用优于对照组($P<0.05$或0.01)。

5. 四安胶囊对血液流变性的影响　详见表 6。

表 6　对血液流变性的影响($\bar{x}\pm s$)

项　目	治疗组(n=33)		对照组(n=31)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
全血比黏度(mPa·s,80S^{-1})	7.26±0.84	6.05±0.47*	7.38±0.80	6.21±0.50*
全血比黏度(mPa·s,20S^{-1})	10.32±1.05	8.16±0.89**	9.87±0.69	8.05±0.60*
血浆比黏度(mPa·s)	1.77±0.15	1.46±0.18*#	1.86±0.16	1.63±0.21*
血细胞比容(%)	46.35±2.06	42.37±2.16*	44.71±1.96	41.83±1.77*
RBC 电泳时间(s)	15.78±2.11	13.27±1.94*	16.27±1.80	14.28±1.80*
RBC 电泳率(μm/s)	1.08±0.08	1.28±0.06*	1.05±0.06	1.19±0.05*

注:与治疗前比,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比,# $P<0.05$。

由表 6 可见,两药均可显著降低全血比黏度、血浆比黏度、血细胞比容及电泳时间,增加红细胞电泳率,治疗前后差异显著($P<0.05$ 或 0.01)。四安胶囊对血浆比黏度的降低作用优于巯甲丙脯酸($P<0.05$)。

6. 四安胶囊对微循环血管、血流的影响　详见表 7、表 8。

表 7　对微循环血管的影响($\bar{x}\pm s$)

项　目	治疗组(n=33)		对照组(n=31)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
血管畸形率(%)	62.4±18.1	56.3±10.1	71.2±12.3	65.8±11.7
动脉口径(μm)	11.3±3.6	13.6±3.1*	12.5±3.0	13.1±3.8
静脉口径(μm)	21.5±3.5	17.8±3.7*	21.9±4.8	16.5±3.7*
管袢长度(μm)	350±74	320±68	310±4.8	300±74*
管袢宽高(μm)	50.4±10.5	44.0±11.1	47.0±9.5	45.3±10.5

注:与治疗前比,* $P<0.05$。

由表 7 可见,两药均可降低静脉口径,治疗前后有显著差异($P<0.05$),同时四安胶囊还可增加动脉口径($P<0.05$)。两药亦可减少管袢长度、宽度及血管畸形率,但与治疗前相比无显著性差异($P>0.05$)。

表 8　对微循环血流的影响

组　别		血色(例数)			液速(μm/s,例数)			液态(例数)		
		鲜红	淡红	暗红	≥0.7	0.6～0.4	≤0.3	快直线	粒状	停瘀滞
治疗组	治疗前	16	4	13	6	17	10	12	15	6
(n=33)	治疗后	27	3	3	5	26	2	24	8	1
对照组	治疗前	18	4	9	6	18	7	10	14	7
(n=31)	治疗后	26	2	3	2	25	4	21	8	2

由表 8 可见,两药均可显著改善微循环血流状态,使粒状和停瘀滞血流减少,而快直线血流增多($P<0.05$);四安胶囊对微循环血色和血流速度还有改善作用,表现为使暗红色血减少,鲜红色血增多;使血流慢者减少,而血流正常者增多,治疗前后有显著差异($P<0.05$);而对照组治疗前后无显著性差异($P>0.05$)。

四、讨论

过去研究发现,高血压患者经降压治疗后,虽降低了心力衰竭、高血压心脏病和脑血管病的发生率,但不能降低冠心病的发病率和病死率,甚至可能增加冠心病的危险性。上述现象发生的原因在于:患者伴随的高胰岛素血症所引起的血糖、血脂代谢异常、高血压以及同时伴有的血黏度增高是动脉粥样硬化的中心环节,而这又是冠心病的重要有害因子。只有解除胰岛素抵抗,去掉其他各种危险因素,才能达到较理想的治疗目的。而这正是以前抗高血压药物所不具备的。业已证明,利尿剂能干扰糖代谢。它能使血糖升高,糖耐量下降,甚至诱发糖尿病,还能使 TCH 和 LDL 分别升高 40%和 10%;同时利尿引起的缺钾又可使胰岛素敏感性降低。β 受体阻滞剂也被发现可干扰糖代谢。因为胰岛素的释放及细胞摄糖的过程受交感神经控制,而该类药物抑制了此系统。钙离子拮抗剂至今仍未证实它们对血糖、血脂代谢及胰岛素抵抗有肯定的改善作用,绝大多数学者认为本类药属“中性药物”。比较受到重视的是血管紧张素转换酶抑制剂及 α_1 受体阻滞剂,新近的研究资料显示它们对糖代谢有一定的改善作用,对血清脂质的紊乱及动脉硬化的预防有良性影响,但作用均不够强,且该

类药对胰岛素抵抗是否有改善作用尚存在争议。

我们选用已被现代药理学研究证实具有降压、降糖、降脂作用的中药组成四安胶囊，并与目前被认为是胰岛素抵抗综合征治疗的一线药物巯甲丙脯酸作临床对比研究。结果显示：四安胶囊可显著降低胰岛素抵抗综合征患者的肝火亢盛、痰瘀互结型证候积分，改善相关临床症状；可降低血压，与巯甲丙脯酸降压作用无显著差异；可调整血清脂质比例；改善糖代谢，作用优于巯甲丙脯酸。更重要的是，四安胶囊可以从根本上改变引起胰岛素抵抗综合征的原因，即降低血清胰岛素水平，从而改善胰岛素抵抗。以上结果说明，四安胶囊可用于治疗胰岛素抵抗综合征患者所出现的多种代谢紊乱，具有很好的应用前景。

寿星宝对脑组织核酸及蛋白质代谢的影响

寿星宝(SXB)颗粒剂是在对老年证候学调查的基础上，研制的针对老年气虚阴亏血瘀特点选择具有益气养阴活血功效的黄芪、沙参、三七等中药而组成的复方，临床用以延缓衰老，改善老化症状，其在对脑组织蛋白质及核酸代谢的影响方面，我们作了以下研究。

一、材料与方法

1. *动物选择、分组与处理*　选 2 月龄昆明种雄性小白鼠 8 只和 16 月龄雄性小白鼠 40 只，由安徽省医学科学研究所提供，分为以下 6 组：①青年对照组，即 8 只 2 月龄小鼠，每日灌胃生理盐水 1 次，剂量为 0.40ml/20g 体重。②老年对照组，8 只 16 月雄性小白鼠，每日灌胃等量生理盐水 1 次，即 0.40ml/20g 体重；③老年低剂量组，8 只 16 月雄性小白鼠，每日灌胃寿星宝 23.2mg/20g 体重，1 次，相当于临床常规用量；④老年中剂量组，8 只 16 月雄性小白鼠，每日灌胃寿星宝 209mg/20g 体重，1 次，相当于临床常规用量的 9 倍；⑤老年高剂量组，8 只 16 月雄性小白鼠，每日灌胃寿星宝 418mg/20g 体重，1 次，相当于临床常规用量的 18 倍；⑥还精煎对照组，8 只 16 月雄性小白鼠，每日灌胃还精煎 0.40mg/20g 体重，1 次，相当于临床常规用量的 8 倍。

2. *放射性同位素选择与标记方法*　选^{3}H－TdR(氚标记胸腺嘧啶核苷)、^{3}H－UR(氚标记尿嘧啶核苷)、^{3}H－Leu(氚标记亮氨酸)，购自中国原子能科学研究所和上海原子核研究所，放射性浓度分别为 1mci/ml、0.8mci/ml、1mci/ml，闪烁液配方用 PPO 3.0g，POPOP 0.5g，萘 60g 加二氧六环至 500ml，避光保存。实验前小鼠禁食 12h，称重后，腹腔注射^{3}H－Leu 4uic/10g，4 小时后处死小鼠，迅速取出脑组织，在滤纸上吸去所附血液及水分，再用精密扭力天平称取脑组织，用 10 倍体积重蒸馏水制成脑匀浆，加入三氯醋酸使匀浆含三氯醋酸

10%，离心（1000×g，4℃），5min 后沉淀，用 5%三氯醋酸洗 2 次重新悬浮在原体积的 5%三氯醋酸中，水浴煮沸 20 分钟，冷却至室温。离心（1000×g，4℃）5min，取上清液测定 DNA（Rowland 法分离提取，二苯胺法测定），RNA（Oricinol 法）含量和 ^{3}H－TdR，^{3}H－UR 掺入 DNA、RNA 的放射性，沉淀部分分别用 5%三氯醋酸和乙醚各洗 2 次，然后溶解在 0.1mmol/L NaOH 溶液中测定蛋白质含量（Lowry 法），和 3H－Leu 掺入蛋白质的放射性，结果为 dpm/mg 组织。

二、实验结果

详见表 1、表 2。

表 1　寿星宝对脑组织核酸和蛋白质合成代谢的影响（$\bar{x}\pm s$）

组　　别	n	^{3}H－TdR into DNA (dpm/mg DNA)	^{3}H－UR into RNA (dpm/mg DNA)	^{3}H－Leu into PRO (dpm/mg Pro)
青年对照组	8	1935±512*	3810±1845**	2825±1290**
老年对照组	8	1342±486	1927±1838	1348±1063
SXB 低剂量组	8	1458±359	3765±1942**#	2715±1094**#
SXB 中剂量组	8	1583±391	3797±1996**#	2813±1015**#
SXB 高剂量组	8	1562±374	3754±1972**#	2754±1172**#
还精煎组	7	1465±317	2875±1865*	1935±1065**#

注：与老年对照组比较：* $P<0.05$，* * $P<0.01$；与还精煎组比较：# $P<0.05$。

由表 1 可见，与青年对照组比较，老年小鼠脑组织 DNA、RNA 和 PRO 含量明显降低（$P<0.01$），SXB 高中低剂量组均能显著促进小鼠脑组织 RNA 和 PRO 的生物合成，三组间疗效有显著差异（$P<0.05$或 0.01），还精煎也可促进其合成，但其作用与 SXB 三剂量组相比稍逊（$P<0.05$）。SXB 和还精煎对 DNA 的合成代谢无显著影响（$P>0.05$）。

表 2　寿星宝对脑组织核酸、蛋白质含量的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	n	DNA (mg/g 湿组织)	RNA (mg/g 湿组织)	PRO (mg/g 湿组织)
青年对照组	8	6.1±0.23*	8.5±0.79**	190±40.5*
老年对照组	8	5.0±0.21	6.3±0.75	103±36.3
SXB 低剂量组	8	5.3±0.32	8.2±0.72**#	186±47.2*#
SXB 中剂量组	8	5.2±0.28	8.3±0.81**#	189±42.4*#
SXB 高剂量组	8	5.2±0.25	7.9±0.76**#	185±34.8*#
还精煎组	7	5.2±0.28	7.0±0.80*	130±41.3

注:与老年对照组比较:* $P<0.05$, ** $P<0.01$;与还精煎组比较:# $P<0.05$。

由表 2 可见,与青年对照组比较,老年小鼠脑组织 DNA、RNA 和 PRO 合成代谢明显降低($P<0.05$ 或 0.01),SXB 高、中、低剂量组均能促进小鼠脑组织 RNA 和 PRO 的含量,部分指标趋近于青年组水平($P<0.05$ 或 0.01),与还精煎组比较,上述各项指标均优于还精煎组($P<0.05$)。

三、讨论

核酸是生物遗传的重要物质基础,它能贮存、复制和传递遗传信息,并控制着蛋白质的合成,而蛋白质与一切生命活动密切相关。已有材料证明:伴随着衰老,体内组织核酸、蛋白质也发生变化,其合成一般随增龄而降低,组织中的相应核酸和蛋白质含量下降。因此,测定组织中的蛋白质及核酸的合成能力及其含量有助于从分子水平上判断衰老过程,了解衰老的内在变化情况,也是观察药物对衰老过程影响的重要指标。经以上研究证明,寿星宝能够促进老年小鼠脑组织 RNA、蛋白质的生物合成,提高老年小鼠脑中 RNA、蛋白质含量,说明寿星宝对核酸、蛋白质的代谢有整体调节作用,这是其用于防治老年病,延缓衰老的内在基础。

韩明向教授治疗历节病学术经验

韩明向教授是国家中医药管理局认定的第二批全国名老中医药学专家，安徽中医学院中医内科学硕士导师，安徽省重点学科学术带头人。从事中医内科医、教、研30余载，师出科班，学贯中西，学验俱丰，备受称道。历节病，相当于现代医学的类风湿关节炎，病程缠绵，日久难愈，轻则肿痛僵硬，活动受限，重则关节变形，功能丧失，痛苦难耐。韩师在长期的临床实践中，对本病的诊治不断总结完善，形成了一套自身的特点和用药方法，并取得了良好的临床疗效。兹总结如下。

一、扶助正气　益气养血

韩师认为，历节病虽成因复杂，但究其内在原因，则与气血不足所致的营卫失调有直接关系。"正气存内，邪不可干""风寒湿三气杂至，合而为痹"，邪盛为标，正虚为本；正气亏虚，邪气得以反复内侵，机体不能及时排出；已患痹证，扶正既可防邪内侵，又可助逐邪外出。

营行脉中，卫行脉外，阴阳相贯，气调血畅，濡养四肢百骸、脏腑经络。营卫和调，卫外御邪，营卫不和，邪气乘虚而入。营卫与气血在生理功能上相互依赖，营卫之气的濡养、调节、卫外固表、抵御外邪的功能，只有在气血充沛，正常循行的前提下才能充分发挥，所以气血不足是本病发病的内在原因，而由此引起的营卫失调则是本病的直接原因。

正如张仲景在《金匮要略·中风历节病脉证并治》中论述本病时所言："营卫不通，卫不独行，营卫俱微，三焦无所御，四属断绝，身体羸瘦，独足肿大，黄汗出，胫冷发热，便为历节也。"从病因上看，素体气血亏虚，或后天失养，气血两虚，或大病重病之后气血虚弱，或素体虚弱，并劳倦思虑过度，均可导致风寒邪乘虚而入，流注筋骨血脉，搏结于关节而发关节痹痛。从病程上看，本病迁延日久，气血日渐衰少，正虚邪

恋，肌肤失充，筋骨失养，可致关节疼痛无力，或肢体麻木、肌肉萎缩等。从临床表现上看，气虚可见少气乏力，心悸自汗；血虚可见头晕目眩、面黄少华；舌淡苔薄白，脉细弱也是本病的常见脉象。所以，气血不足不仅是本病致病的重要原因，还是本病中晚期的重要临床表现。本病中晚期除了表现为四肢小关节疼痛肿胀，关节肿大变形，骨质改变以外，常伴有关节肌肉疼痛无力、少气乏力、心悸、头晕、面黄少华等气血亏虚的证候表现。

鉴于气血亏虚在历节病的发生发展过程中所起的重要的作用，所以，韩师在临床实践中特别注重益气养血，扶正固本。扶正以补气固表为主，兼以养血活血，使筋脉畅达，常重用黄芪以益气固表，配当归为当归养血汤之意，二药合用，益气补血，正气旺则外邪除；用党参、茯苓、甘草、地黄、川芎、白芍寓八珍汤之意，益气补血以扶正；独活、秦艽、防风祛风湿止痹痛；配以杜仲、牛膝、桑寄生壮筋骨以除痹；细辛、桂枝发散风寒，通经活络。阳气虚佐以桂附，阴血虚助以地芍。诸药合用，共奏益气养血、扶正祛邪之功。

二、顾护脾胃　调补后天

韩师认为，脾胃为后天之本，气血生化之源。脾胃虚弱在历节病的发生发展过程中占有重要地位，健脾和胃的治疗方法在补气养血、扶正固本以及抑制某些药物副作用等方面起着重要作用。

四季脾旺不受邪。脾气充足，邪不易侵。脾司运化，主肌肉。脾胃素虚之人，或因饮食失节，或因劳倦内伤，或外受寒湿之邪等，均可致脾虚湿困，运化失司，气机不利；脾虚则气血生化乏源，肌肉不丰，四肢关节失养；久则气血亏虚，筋骨血脉失去濡养，营卫失于调和，外邪则乘虚而入，着于筋脉之间发为风湿痹痛之证。因此，脾胃功能受损，气血营卫不足是本病发病的根本原因。临床上除一般的关节局部表现症状如关节肿胀、疼痛以外，还常见气血生化乏源之证如四肢乏力、肌肉消瘦甚则肢体萎弱不用等，以及脾湿不运、胃失和降之证如胃脘痞满、食少纳呆、大便溏泄等。

鉴于脾胃虚弱在本病中所占的重要要位，韩师在本病的活动期针对脾胃运化失司，湿聚为痰，留驻关节之证，常应用急则治标，兼顾本虚的原则，善用健脾燥湿法，配以祛风散寒清热之法。常选用薏苡仁、苍术、半夏、茯苓、陈皮、藿香、佩兰、白术、白及、白芍、木香等，一方面祛除痰湿，一方面保护胃黏膜不受辛烈药物的损伤。在缓解期常偏重于治本，通过调养后天，扶助正气，强壮筋骨，则"邪不可干"，可有效地避免外邪重感与病情加重或反复，以期从根本上取得疗效。针对本病脾胃虚弱，中气不足，气血亏虚，筋脉失养之特点，善用补益脾胃、益气养血法，常选用党参、白术、黄精、玉竹、扁豆、山药、鸡血藤、桂枝、黄芪等，一方面补益气血，一方面补而不腻。

在历节病治疗中，不可避免地应用一些具有活血、破血、通络、止痛之中西药物，这些药物在控制急性发作症状及改善关节功能方面具有独特功效，但同时也都具有一定的毒性，对胃肠道也有一定的刺激，很多患者常因这些问题不得不中止治疗，直接影响疗效。韩师善用健脾和胃之法则，在很大程度上避免和抑制了这些药物的毒副作用，使治疗药物能够发挥最大的治疗效果。

三、祛痰化湿　急则治标

痰湿既是机体在病邪作用下的病理产物，又是引起机体致病的原因。韩师认为历节病的发生发展是内外合邪而致。而内外之间又以正虚为本，正虚则以脾虚为先，脾虚湿盛，痰浊内生是本病发病的关键所在，是致病的基础；在此基础上外邪得以肆虐，又以湿邪作祟为主。内因脾虚，外感湿邪，虚实夹杂，正虚为本是本病临床痰湿痹阻的基本特点。故逢天阴雨季、潮湿寒冷等阴盛之时，患者病情多有反复；痰湿阻滞关节，则关节肿胀；痰湿瘀滞经脉，则关节肿大变形；痰湿郁于肌肤，则肢体困重，四肢浮肿；湿阻中焦，则胃呆纳少，呕恶痞满，舌苔厚腻。

湿为阴邪，其性黏滞、重着，不但单独作祟，而且极易与其他外邪如风、寒、热邪合而为病，使本病的临床表现变得纷纭复杂，临床当首

辨寒热，对症下药方能取效。痰湿如与风邪相合，则出现风湿痹阻证，临床表现为肢体关节肌肉疼痛、重着、游走不定。或有肿胀，随天气变化而作，恶风不欲去衣被，汗出，头痛，发热，肌肤麻木不仁，或关节微肿，肢体沉重，小便不利，舌质淡红，舌苔薄白或腻，脉浮缓或濡缓。治疗应祛风除湿，通络止痛。常以羌活祛上部风湿，独活祛下部风湿，两者相合能散周身风湿，舒利关节而通痹；用防风、白芷、藁本祛风止痛，祛肌表风湿；用川芎活血祛风止痛，合蔓荆子升散在上的风湿而止头痛。

痰湿如与寒邪相合，则会出现寒湿痹阻证，临床表现为肢体关节冷痛重着，痛有定处，屈伸不利，昼轻夜重，遇寒痛剧，得热痛减，或痛处肿胀，舌质胖淡，舌苔白腻，脉弦紧或沉紧。治疗应温经散寒，祛湿通络。常选用附子、肉桂、细辛温经通阳，散寒祛湿，通络止痛；用党参、白术、茯苓益气健脾渗湿；且参附合用，温补元阳，以祛寒湿；用羌活、独活、威灵仙、片姜黄温经通络，散寒除湿。

痰湿如与热邪相合，则出现湿热痹阻证，临床表现为关节或局部红肿、疼痛、重着，触之灼热或有热感，口渴不欲饮，烦闷不安，溲黄，或有发热，舌质红，苔黄腻，脉濡数或滑数。治疗应清热除湿，宣痹通络。常选用知母、石膏、黄柏、苍术清热燥湿；萆薢、防己清热利湿，通络止痛；防风、威灵仙、桑枝、蚕沙、地龙祛风通络；忍冬藤、连翘、秦艽清热解毒通络。

四、通经活络　透达关窍

韩师认为，历节病大多为慢性进行过程。疾病既久，则病邪由表入里，由轻而重，病久则瘀血阻滞，经络痹阻，以致病情缠绵难愈，关节肿大变形，疼痛加剧，皮下结节，肢体麻木。瘀血往往与痰湿、热邪互结而形成痰瘀痹阻证和瘀热痹阻证。

单纯的瘀血痹阻证，临床常见肌肉关节刺痛，部位固定不移。痛处拒按，日轻夜重，局部肿胀或有硬结、瘀斑，面色黧黑，肌肤甲错或干燥无光泽，口干不欲饮，舌质紫暗或有瘀斑，舌下筋脉迂曲、延长，舌苔

薄白，脉细涩。治疗应活血化瘀，舒筋通络。常选用桃仁、红花、当归、川芎，活血祛瘀；牛膝、地龙、蜈蚣，疏通经络以利关节；牛膝、丹参、乳香、没药，破瘀通络，活血止痛。

痰瘀痹阻证，临床常见肢体关节肌肉疼痛，关节常为刺痛，痛处不移，甚至关节变形，屈伸不利或僵硬，关节、肌肤色紫暗、肿胀、按之稍硬，有痰核硬结或瘀斑，舌下筋脉迂曲、延长，舌苔白腻，脉沉涩。治疗应活血行瘀，化痰通络。常选用蜈蚣、乌梢蛇、炮穿山甲、土鳖虫等，破血散瘀、搜风通络；法半夏、茯苓、制南星、陈皮等燥湿化痰；五灵脂、没药、地龙、香附祛瘀通络、理气活血。

若痰热痹阻，则临床常见关节肿热，疼痛呈针刺状，部位固定，肌肤可见暗红色斑疹，手足瘀点累累，两手白紫相间，两腿网状青斑，口糜、口疮，低热或自觉烘热，烦躁多怒，小便短赤，舌红苔薄白或有瘀斑，舌下静脉迂曲、延长，脉涩数。治疗应清热凉血，活血散瘀。常选用石膏、生地黄、熟地黄、麦冬、知母以滋阴清热降火；牛膝通脉络并引火下行；桃仁、红花、蜈蚣、地龙活血化瘀通络。

人参皂苷与川芎嗪合用对家兔心肌缺血再灌注损伤的保护作用

随着溶栓、经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)等新技术的广泛开展,心肌I-R损伤日益成为科研的热点。近年来发现其与血清肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、一氧化氮(NO)之间存在着密切联系。本课题着重考察人参皂甙(GS)和川芎嗪(TMP)合用对心肌I-R损伤的保护作用及其对I-R期间TNF-α和NO释放的影响。

一、材料与方法

(一)实验动物与分组

选取健康雄性成年家兔35只,体重为2.5kg±0.5kg。实验前随机分为5组:①模型对照组,简称Model组(0.9%NS 5ml,iv),n=7;②维拉帕米(德国基诺药厂巴斯夫中国有限公司产品,5mg/2ml,批号970115)治疗对照组,简称Ver.组(0.25mg/kg,iv),n=7;③川芎嗪(无锡市第七制药厂产品,40mg/2ml,批号970418)治疗对照组,简称TMP组(40mg/kg,iv),n=7;④人参皂甙(安徽中医学院第一附属医院制剂室提供,2g/10ml,批号97040)治疗对照组,简称GS组(0.2g/kg,iv),n=7;⑤人参皂苷与川芎嗪合用治疗组,简称GS+TMP组(0.2g/kg和40mg/kg依次iv),n=7。

(二)实验过程

1.步骤　家兔称重后依次经耳缘静脉注射20%乌拉坦溶液(1g/kg)、肝素钠溶液(500U/kg)进行麻醉与抗凝,然后固定于手术台上,取仰卧位,接上ECG电极(标准肢体Ⅱ导联),与RM-86型八道生理记录仪相通。一个6F心导管(注入肝素溶液)插入左侧股静脉供药物注射使用;7F心导管(注入肝素溶液)经右侧颈静脉插至冠状静脉窦处,供取血用;另一个6F心导管(注入肝素溶液,经3路开关接压力换能器,再通过载波放大器与RM-86型八道生理记录仪相通)沿

左侧颈总动脉插入左心室，监测与记录左心室内压(LVP)波形和左室内压变化速率(±dp/dt)波形。

2.心肌Ⅰ-R模型制作　剪毛，沿胸骨左缘第三、四肋间开胸，不弄破胸膜，维持自主呼吸，剪开心包，制作心包吊床，分离左冠状动脉前降支(LAD)，缺血前15min时静脉注射实验药物，于LAD中上1/3处(第一分支后)，穿线结扎(ST段升高大于2mv标志结扎成功)，15min后剪开结扎线(ST段骤降标志再灌注成功)，再灌注60min。

（三）实验指标的记录与测取

通过RM-86型八道生理记录仪记录各组发生RA的时间、类型和各组缺血前、缺血15min、再灌注30min和60min时LVP曲线及曲线，测出左心室收缩压(LVSP)、左心室舒张末压(LVEDP)和dp/dtmax数值；并分别在以上各时间点抽血2～3ml检测血清TNF-α、NO值(分别由安徽中医学院经络研究所同位素室及生化室测定)。实验完毕后，立即取下心脏，用生理盐水冲洗干净，在心脏结扎线以下，平行于冠状沟沿心脏长轴均匀地将心室肌横断切成5片，然后置于1%红四氮唑(TTC)磷酸盐缓冲液(0.2mol/L，pH7.4)中浸，37℃染色15min，坏死心肌不着色，存活心肌显砖红色。用滤纸吸干心肌表面的水分，称取左室心肌与梗死心肌湿重，以梗死心肌湿重占左室心肌湿重的百分比来表示梗死范围。

（四）室性心律失常的分类标准

室性心律失常按Lambeth标准分为室性纤维颤动(VF)、室性心动过速(VT)和仅有室性期前收缩(VPB)三类，其中VPB又根据Lown和Wolf标准分Ⅰ级(偶发，<1bpm或30bph)、Ⅱ级(频发，>6bpm或30bph)和Ⅲ级(多源)。按危险性由低到高分为VPBⅠ级、Ⅱ级、Ⅲ级、VT、VF5级，如果同时出现两个及以上级别的室性心律失常，则将其归入级别最高的那一类。

（五）统计学方法

所有数据均以均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，计量资料采用t检验，计数资料采用x检验，等级资料采用Ridit分析及U检验。

二、结果

35 只家兔中，有 3 只在再灌注过程中因 VF 而死亡，其中 Model 组 2 只，TMP 组 1 只。

（1）各组家兔在缺血前、缺血 15min、再灌注 30min 及 60min 时由冠状静脉窦取血检测 TNF－α、NO 水平　结果（详见表 1）显示，各组缺血前 TNF－α、NO 值无明显差异（$P<0.05$），除 NO 在缺血 15min 时均有所下降外，其他时间点两者均持续升高，以再灌注 60min 时最为显著（$P<0.001$），而各组之中又以 Model 组增高为甚，同 Model 组相比，GS＋TMP 组差异性最大（$P<0.001$）。

表 1　各组家兔缺血前、缺血 15min、再灌注 30min 和 60min 时血清 TNF－α、NO 变化情况（$\bar{x}\pm s$）

Group		n	Preischaemic	Ischaemic	Reperfusion	
				15min	30min	60min
TNF－α	Model	5	2.16±0.38	10.45±2.14	26.67±3.68	34.61±4.95△
(ng/ml)	Ver.	7	2.53±0.41	8.54±2.43	22.18±4.15	28.90±4.62△
	TMP	6	2.47±0.36	8.10±2.71	19.51±3.26	26.36±4.15△*
	GS	7	1.98±0.37	6.43±2.39	16.76±3.47	23.17±4.52△**
	GS+TMP	7	2.24±0.40	5.02±2.67	14.36±3.04	19.20±4.01△***
NO	Model	5	2.03±0.31	0.94±0.21	12.43±2.16	14.30±2.21△
(μmol/L)	Ver.	7	2.01±0.35	1.37±0.27	9.13±1.95	11.64±1.40△*
	TMP	6	1.97±0.29	1.30±0.24	8.57±2.01	11.05±1.97△*
	GS	7	2.24±0.33	1.42±0.28	8.23±1.86	9.76±1.58△**
	GS+TMP	7	1.99±0.36	1.50±0.30	6.27±1.90	7.50±1.64△***

注：* $P<0.05$，** $P<0.01$，*** $P<0.001$；vs Model group：△$P<0.001$；vs preischaemia。

（2）再灌注后，所有家兔均在 5min 内出现各种室性 RA（详见表 2）　通过 Ridit 分析及 U 检验发现，同 Model 组相比，只有 GS＋TMP 组和 Ver. 组能够显著降低 RA 的危险程度，而 GS 组和 TMP 组无显著性差别。

表 2　各组家兔在再灌注期间发生 RA 的情况

GROUP	n	VPB			VT	VF	Ridit 分析	U 检验
		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ				
Model	7	0	1	1	3	2	0.7143	
Ver.	7	1	2	3	1	0	0.3980	2.050*
TMP	7	0	2	2	2	1	0.5694	0.939
GS	7	0	3	2	2	0	0.4633	1.624
GS+TMP	7	1	3	2	1	0	0.3551	2.328*

注：Ridit：* $P<0.05$vs Model Group。

(3)左室舒缩功能参数值比较　心肌缺血前各组的左室舒缩功能参数值无明显差异($P>0.05$)，缺血 15min 时均有明显减退，再灌注 30min 时这一变化尤为显著，随后各组(除 Model 组外)舒缩功能虽有所恢复，但同缺血前相比，仍有显著差别($P<0.001$)。同 Model 组相比，再灌注后各组收缩功能的减退程度均较之为小，但具有统计学意义的只有 GS 组($P<0.05$)和 GS+TMP 组($P<0.01$)；各组舒张功能的减退程度亦较之为小，且都有统计学意义，按显著性由大到小的顺序依次是 Ver. 组>GS+TMP 组>MP 组>GS 组，详见表 3。

表 3　各组家兔在缺血前、缺血 15min、再灌注 30min 和 60min 时 LVSP、±dp/dtmax和 LVEDP 变化情况($\bar{x}\pm s$)

group		n	preischaemic	ischaemtc	reperfusion	
				15min	30min	60min
LVSP(KPa)	Model	5	15.81±2.20	13.42±1.41	11.13±2.73	10.12±1.90△
	Ver.	7	15.90±2.31	12.14±2.34	10.92±2.55	11.00±2.29△
	TMP	6	15.68±1.98	13.02±2.28	11.20±2.03	11.66±2.46△
	GS	7	15.60±2.16	14.23±1.94	12.79±1.83	13.01±2.06△*
	GS+TMP	7	15.41±1.79	14.06±1.76	12.87±1.69	13.44±1.57△**
+dp/dtmax	Model	5	469.67±47.20	408.34±53.04	299.90±40.70	280.47±45.36△
(KPa/s)	Ver.	7	458.16±55.23	353.67±35.47	301.38±37.59	317.40±44.67△
	TMP	6	471.45±44.35	396.98±49.07	330.29±35.90	339.02±48.05△
	GS	7	469.12±41.75	417.27±48.76	351.04±50.71	360.00±55.02△*
	GS+TMP	7	463.13±37.56	425.02±44.41	368.10±46.00	379.90±49.83△**
LVEDP (KPa)	Model	5	0.56±0.14	1.46±0.31	2.37±0.33	2.66±0.29△
	Ver.	7	0.57±0.19	0.96±0.22	1.78±0.26	1.69±0.24△***
	TMP	6	0.64±0.18	1.15±0.21	1.96±0.30	1.84±0.31△**

续表

group		n	preischaemic	ischaemtc	reperfusion	
				15min	30min	60min
	GS	7	0.59±0.13	1.22±0.27	2.14±0.31	2.03±0.39△*
	GS+TMP	7	0.62±0.15	1.09±0.23	1.87±0.24	1.76±0.23△***
−dp/dtmax(KPa/s)	Model	5	405.08±45.73	318.14±46.92	263.97±36.57	247.68±43.47△
	Ver.	7	402.68±39.47	378.07±44.20	337.26±41.27	351.29±35.67△***
	TMP	6	400.19±46.67	358.89±41.40	317.67±38.50	329.76±37.36△**
	GS	7	409.52±40.01	343.16±46.72	311.94±38.79	320.39±47.58△*
	GS+TMP	7	399.96±37.58	352.19±42.03	319.26±36.59	346.84±32.45△***

注：* $P<0.05$，** $P<0.01$，*** $P<0.001$，vs Model group；△$P<0.001$vs preischaemia。

(4)通过1%TTC染色后发现各组家兔心脏的左室前壁均出现心肌梗死。心肌梗死范围(见表4)以Model组最大，与之相比，GS+TMP组心肌梗死范围最小($P<0.001$)，其次是GS组、Ver.组和TMP组($P<0.05$)。

三、讨论

心肌I－R损伤除与“钙超载”“氧自由基”和“无复流现象”等因素密切相关外，近年来还发现，TNF－α和NO与心肌I－R损伤之间有着密切联系。

(1)TNF－α ①能减弱心肌的收缩力；②能刺激血管内皮细胞和中性粒细胞(PMN)表达表面黏附因子，促进PMN聚集，从而不仅增加了RA的发生率，而且还有助于PMN释放活性氧和蛋白水解酶等物质，加重RI程度；③尚能刺激诱生型NO合成酶(inducible NOS，iNOS)合成释放大量的NO，后者又可与超氧负离子迅速反应生所过氧亚硝酸根($ONOO^-$)，并进一步产生氧化能力更强的羟自由基(OH^-)，致使组织损伤加重。

(2)iNOS 目前研究证实，I－R期间cNOS活性降低，iNOS活性却显著增高，大量释放的NO是由iNOS合成的。后者不仅能通过上述自由基途径发挥破坏效应，而且能够减弱心肌舒缩功能，其机制可能是：①过量产生的NO使组织cGMP产生增加，激活cGMP依赖性蛋白激酶，减少细胞钙内流，抑制心肌收缩功能；②也可通过非

cGMP 依赖性途径,激活胞浆内 ADP-核糖基转移酶,催化 ADP-核糖基转移到 3-磷酸甘油醛脱氢酶(GADPH),抑制糖酵解供能。

急性心肌梗死(AMI)属于中医胸痹心痛范畴,其病机主要是气虚血瘀,而临床上心肌 I-R 常发生于 AMI 期。根据中医辨证施治原则,中药防治心肌 I-R 损伤宜使用益气活血法。因此,我们从众多临床制剂中将 GS 与 TMP 注射液筛选出来并加以组合运用,来考察两者对家兔心肌 I-R 损伤的保护作用。实验结果表明,GS 和 TMP 合用能显著降低 RA 的危险程度,I-R 期间左室舒缩功能的减退(心肌顿抑主要表现为左室舒缩功能的低下)及再灌注后心肌梗死的范围,还能显著抑制 I-R 期间 TNF-α 和 NO 的大量释放,且作用比单用及使用 Ver. 更显著。因此,我们得出以下结论:①GS+TMP 合用较单用对心肌 I-R 损伤有着更为显著的保护作用。这一事实说明,依据中医辨证施治原则选取药物,不仅有助于挖掘、筛选中药及其提取物,而且还显著提高了临床疗效。②GS+TMP 对 I-R 期间 TNF-α 和 NO 大量释放的抑制程度与其对心肌 I-R 损伤的保护作用之间存在着相平行的关系,表明它们除了能通过阻止心肌细胞内钙超载的出现,降低氧自由基的产生及改善心肌微循环等途径以外,还能通过显著抑制 TNF-α 和 NO 的大量释放,来发挥其对心肌 I-R 损伤的保护作用。至于 GS+TMP 是直接抑制 iNOS 合成 NO,还是通过抑制 TNF-α 来减少 iNOS 合成 NO,尚有待于进一步研究。

表 4 各组家兔再灌注后心肌梗死范围($\bar{x}\pm s$)

group	n	IW(mg)	LVM(mg)	I/L(%)	梗死面积
Model	5	249.09±34.78	1497.85±72.50	16.63±2.52	
Ver.	7	207.26±28.91	1506.27±67.28	13.75±2.09	4.16*
TMP	6	215.02±30.10	1535.90±78.4	14.00±2.13	4.05*
GS	7	196.45±29.47	1489.12±65.1	13.19±1.80	6.18*
GS+TMP	7	180.97±32.30	1524.56±60.11	11.86±1.96	12.92***

注:* $P<0.05$ *** $P<0.001$,vs Model group。

补心活络胶囊对冠心病临床症状与内皮素的影响

补心活络胶囊是我院研制的中药复方制剂，动物试验具有改善心肌缺血的作用。为进一步研究补心活络胶囊对冠心病患者的临床作用，笔者观察了该药对心绞痛症状与内皮素的影响，报道如下。

一、病例选择

根据1979年国际心脏病学会及WHO临床命名标准化联合专题组制订的《缺血性心脏病的命名及诊断》，通过心电图、胸片、超声心动图等检查证实无其他器质性心脏病排除合并有严重心律失常和心肺功能不全。尽量选择心绞痛发作每周2次以上，心电图有典型缺血的病例。

1. 一般资料　74例冠心病均为本院的住院患者。年龄41～86岁，平均(61.5±9.8)岁。病程1个月～20余年。其中劳累性心绞痛26例，自发性心绞痛21例，混合性心绞痛13例，急性心肌梗死5例，陈旧性心肌梗死9例。合并窦缓3例、窦速6例、房早10例、室早8例、房颤5例。随机分为补心活络胶囊组40例，消心痛组34例，两组之间年龄、性别、病情基本一致。

2. 治疗方法　①补心活络胶囊组：使用安徽中医学院药厂生产的补心活络胶囊(由人参、黄芪、麦冬、水蛭、三七等中药组成，每粒含生药1g)每次2粒，每日3次，疗程30天。②消心痛组：使用广州明兴药厂生产的消心痛(10mg/片)每次10mg，每日3次，疗程30天。两组治疗前停用其他抗心绞痛药物，治疗期间如心绞痛严重发作，允许使用硝酸甘油。

3. 观察指标及方法　①心绞痛：根据心绞痛发作次数、时间、硝酸甘油用量等情况综合观察。疗效评定参照中西医结合座谈会(1979年)修订《冠心病心绞痛疗效评定标准》。②心电图：入院前3天每天观察1次，以后每周1次，分析治疗前后的改变情况。疗效评定参照中西医结合座谈会(1979年)修订《冠心病心电图疗效评定标准》。

③主要伴随症状：参照中华人民共和国卫生部药政局制订的《中医证的计分法》的疗效标准评定疗效。④内皮素：采用解放军总医院提供的 ET 药盒进行放免分析法测定。静脉取血 2ml，置于 10%EDTA 二钠 30μl 和 400IU 抑肽酶的试管中混匀，在 4℃下3 000rpm 离心 10 分钟，分离血浆。采用均相竞争法直接测定血浆 ET 含量，1251－ET 与标准或样品同时竞争性与 ET－抗体结合，根据样品中放射性含量直接从标准曲线上查找相应 ET 的含量。测定范围在 5～5 120pg/ml，本抗体与心钠素、降钙素基因相关肽、血管紧张素以及血管肠肽无交叉反应。

二、结果

1. 心绞痛疗效　补心活络胶囊组 40 例中，显效 16 例（40.0%），有效 19 例（47.5%），无效 5 例（12.5%），总有效率 87.5%；消心痛组 34 例中，显效 15 例（44.1%），有效 14 例（41.2%），无效 4 例（11.8%），加重 1 例（2.9%），总有效率 85.3%。两组之间统计处理无明显差异，见表 1。

表 1　心绞痛疗效例（%）

group	n	显效	有效	无效	加重	总有效
补心活络胶囊	40	16(40.0%)	19(47.5%)	5(12.5%)	0	35(87.5%)
消心痛对照组	34	15(44.1%)	14(41.2%)	4(11.8%)	1(2.9%)	29(85.3%)

2. 心电图疗效　补心活络胶囊组显效 13 例（32.5%），有效 18 例（45.0%），无效 8 例（20.0%），加重 1 例（2.5%），总有效率 77.5%；消心痛组显效 12 例（35.3%），有效 13 例（38.2%），无效 7 例（20.6%），加重 2 例（5.9%），总有效率 73.5%。两组之间统计处理无明显差异，见表 2。

表 2　心电图疗效例（%）

group	n	显效	有效	无效	加重	总有效
补心活络胶囊	40	13(32.5%)	18(45.0%)	8(20.0%)	1(2.5%)	31(77.5)
消心痛对照组	34	12(35.3%)	13(38.2%)	7(20.6%)	2(5.9%)	25(73.5%)

3. 症状疗效　结果见表 3，补心活络胶囊能明显改善患者胸闷、

乏力、心悸、气短等伴随症状；与消心痛组相比，除对心悸和舌紫暗或舌下筋脉曲张的疗效无明显差异外，对其他症状的疗效均优于消心痛组。

表3 主要伴随症状疗效

	补心活络胶囊组(n=40)					消心痛对照组(n=34)					
症状	显效	有效	无效	加重	有效率(%)	例数	显效	有效	无效	加重	有效率(%)
胸闷	34	13	17	40	88.2	29	10	9	8	2	65.5
乏力	31	14	13	40	87.1	26	9	7	10	0	61.5
气短	30	16	12	20	93.3	25	8	10	6	0	72.0
心悸	28	20	14	31	85.7	24	14	6	3	1	83.3
舌紫暗	24	8	12	21	86.9	19	9	7	3	0	84.2

注：△两组间比较 $P<0.05$。

4. 对ET的影响　通过治疗前后，血浆ET含量测定发现：补心活络胶囊组治疗前为(82.16±40.02)pg/ml，治疗后为(45.86±18.46)pg/ml，治疗前后相比差异非常显著($P<0.01$)；消心痛组治疗前为(74.53±36.78)pg/ml，治疗后(49.45±22.90)pg/mL，治疗前后相比差异显著($P<0.05$)；两组之间比较亦有明显差异($P<0.01$)，补心活络胶囊组的作用更显著。

三、讨论

1. 缓解心绞痛，改善心肌缺血　补心活络胶囊处方中水蛭、三七、延胡索具有不同程度的扩张血管、抗凝、抑制血小板聚集、降低血液黏度等作用，但各具特点，其中水蛭破血逐瘀，作用强度较大，并有抑制凝血酶的较高特异性；延胡索活血止痛，具有较好的止痛作用；三七化瘀止血，具有双向调节作用，并可防止出血，此外还有钙拮抗和抗脂质过氧化作用；黄芪益气助活血，可改善心肌功能，增强耐缺氧能力，并可抑制纤溶过度亢进，激活凝血系统；麦冬养阴，可改善心肌代谢。诸药合用，相辅相成。临床观察发现，补心活络胶囊心绞痛显效率40.0%，总有效率87.5%；心电图显效率32.5%，总有效率77.5%；特别是对胸闷、乏力、气短、心悸等主要伴随症状有明显改善作用。与

消心痛组相比，心电图和心绞痛疗效两组相似，对于改善症状，补心活络胶囊优于消心痛。表明补心活络胶囊能有效缓解心绞痛，改善心肌缺血。

2. 抑制内皮素，促进冠脉舒张　内皮素造成心肌缺血机制虽未完全明了，但它在冠心病中的作用，据文献报道是相当重要的。资料表明，用特异的内皮素抗血清治疗心肌梗死大鼠，可明显减少血浆胞浆酶的漏出，降低脂质过氧化物产生的水平。说明解决内皮素水平的升高是治疗冠心病一个有效途径。目前临床所使用的治疗冠心病的药物，还不能很好解决冠心病内皮素水平升高这一重要病理现象，钙拮抗剂、硝酸酯类药物可部分降低内皮素水平。笔者研究发现，补心活络胶囊能明显降低冠心病患者血浆内皮素水平，抑制内皮素释放或代谢，该作用优于消心痛。据报道，硝酸酯类药物缓解心绞痛的主要机理，是通过促进一氧化氮释放，是一种内皮依赖性血管扩张。笔者认为：补心活络胶囊扩张血管，改善缺血并非是一种内皮依赖性血管扩张，而是一种对抗内皮收缩因子的血管舒张机制。

韩明向教授延缓衰老的学术经验

随着人口老龄化，延缓衰老已成为当今世界性的重大医学课题。导师韩明向教授是国家中医管理局认定的全国名老中医药学专家，中国中医药学会内科延缓衰老专业委员会主任委员。从事中医内科学临床、教学、科研 40 年，擅长中医药防治老年病及致力于中医延缓衰老研究。韩师坚持中医理论为指导，结合现代中西医对衰老的认识，通过长期大量的临床与实验研究，提出了"虚—瘀—衰—老"的中医衰老模式，研制出相应的延缓衰老新药"寿星宝"。现将韩师关于中医药延缓衰老的研究简述如下。

一、老年证候调查

韩师遵循中医整体衰老观和辨证延缓衰老的思路，按照 1986 年郑州会议制订的《中医虚证辨证参考标准》和 1988 年北京会议《血瘀证诊断参考标准》，对 667 例老年人进行了详细的证候调查与分析。

1. 老年证候性质　总体人群以气虚阴亏血瘀发生率居各年龄组之首，其次为气虚夹瘀、阴虚夹瘀、气虚及阴虚，且气虚阴亏血瘀证发生率随增龄而明显升高。

2. 老年证候定位　随增龄的时序变化，脏器虚损率顺位呈现如下规律：50～54 岁年龄段为肝虚，55～64 岁为心虚，65～69 岁为脾肺两虚，70 岁以上为肾虚。其总体顺位为肝、肺、心、肾、脾。调查还发现，老年前期多病及一脏，而老年期则病及两脏或两脏以上，呈现随增龄而病及多脏的趋向。

3. 老年常见症状　衰老症状发生频率顺位为神疲乏力、易感冒、咽干口燥、舌下瘀筋、少气懒言、健忘、头晕目眩等。

4. 老年证候特征的客观化研究　①衰老证候积分与自由基代谢：红细胞内 SOD 活性降低，血清 LPO 含量增高，其程度由重至轻依次为气虚阴亏血瘀、阴虚夹瘀及气虚夹瘀证，增龄及证候积分与 SOD 呈

负相关，与 LPO 呈正相关。②老年证候与细胞免疫功能的相关性：红细胞免疫功能及 CD_3^+、CD_4^+ 明显降低，且气虚阴亏血瘀证组又低于气虚血瘀证组，两者均与证候积分呈负相关。③增龄与血液黏度的相关性：全血黏度高、低切黏度在 20～59 岁随增龄有渐高趋势，血浆比黏度在 30～59 岁有随增龄而渐高趋势。

以上调查表明，老年证候是老年前期和老年期随增龄而引起的多脏器虚损为主要特点，并呈现整体性、渐进性、衰退性特征的一组症状和体征表现。各年龄段老人均以气虚阴亏血瘀为主要病理，其出现率随增龄渐次增高，其他依次为气虚血瘀、阴虚血瘀、气虚及阴虚。

二、气虚阴亏血瘀与衰老的关系

1. 文献研究　有关衰老的病机《内经》中记载颇多。《灵枢·天年》曰："五十岁，肝气始衰……六十岁，心气始衰……七十岁，脾气虚……八十岁，肺气衰……九十岁，肾气焦……"认为气虚是衰老过程中的主要病理特点，表现为人体多种生理机能减退、抵抗力下降。《素问·阴阳应象大论》云："年四十，而阴气自半……"老年人在长期生命活动中逐渐消耗阴精，且因气虚不能生化固摄阴精，故老年人阴精常不足。《灵枢·天年》又载："血气虚，脉不通，真邪相攻，乱而相引，故中寿而尽也。"在四五十岁后，气虚不足以行血，阴亏不足以润脉，致使血脉运行障碍，临床表现为瘀血的症状、体征。由此可见，气虚阴亏血瘀衰老学说有着坚实的中医古代文献依据。

2. 现代研究　韩师通过对虚证与红细胞内 SOD 活性相关性研究发现，虚证患者红细胞内 SOD 活性低于健康对照组，且虚证的严重程度与 SOD 活性呈显著负相关；其 SOD 活性的降低程度依次为气虚、阴虚、气阴两虚，各型间均有显著性差异，以气阴两虚型 SOD 下降更为显著，提示衰老与气虚、阴亏及气阴两虚有密切相关性。韩师运用具有益气养阴、强身功效的保元茶对 68 例老年前期和老年期患者进行治疗观察。结果表明，改善老年气阴两虚证总有效率为92.65%，并能显著地提高患者红细胞 SOD 的活性。韩师等在研究益气养阴活血

药物对老年大鼠自由基代谢变化的干预作用中，设立了空白对照组、黄芪组、制黄精组、丹参组、黄芪＋制黄精组、黄芪＋丹参组、制黄精＋丹参组、黄芪＋制黄精＋丹参组分别比较不同药物组的治疗作用，结果发现，益气、养阴、活血中药及其不同组合对老年大鼠自由基代谢均有一定的改善作用，但以三药合用效果最佳，且以益气养阴活血法为最佳治法，从而也提示了血瘀与气虚、阴亏三者共为衰老的病机特征。

三、“虚—瘀—衰老”学说

1. 对中医各家衰老学说的评价　早在《素问·上古天真论》中就有关于衰老的记载，认为衰老的机理为肾虚。后世乃至近代医家多承此说，常用补肾方药以延缓衰老。近年来，许多学者提出了许多不同的中医衰老学说。例如，郭晓峰根据临床常见老年病的发生原因，多由脾胃虚弱、纳运失调、升降失常所致，总结出“若使衰老晚至，必将保护脾胃”之言。颜德馨等根据丹溪“气血和，一疾不生”及“气血不和，百病乃变化而生”的论述，并结合临床实践，提出了“气虚血瘀是衰老的根本原因”。杜怀棠提出了“脾肾虚衰、肠胃郁滞致衰”的观点。韩师认为，以上学说，虽然从不同侧面揭示了衰老本质，为中医药延缓衰老研究做出了一定贡献，但在深度和广度方面均有待于进一步发展和提高。

2. “虚—瘀—衰老”模式　韩师以中医理论为指导，以衰老临床证候调查为主要依据，提出了“虚—瘀—衰老”的中医衰老模式，充实了中医对衰老的认识。该模式理论认为：衰老的主要证候特点为气虚、阴亏、血瘀，主要病机是随增龄出现气虚、阴亏，鼓动无力，脉道失调而导致瘀血内凝，引起机体整体性、渐进性的衰退变化。在这一变化过程中，“虚—瘀—衰老”可呈现互为因果的循环，不断促进衰老的进程。在进程中，不仅出现肾气虚及脾气虚证候，也可以先后出现其他脏器虚损的证候，这些虚损证候的出现均带有鲜明的增龄性特征。衰老过程中虽然或多或少、或迟或早出现一脏或两脏及其以上脏腑气虚、阴亏、血瘀，但这只被认为是衰老总过程中特定阶段的特定表现而已，而

全身气虚、阴亏以及由此而引发的瘀血内停贯穿衰老的全过程。虽然老年血瘀证主要由气虚、阴亏所致，但临床观察亦提示某些实证如气滞、痰浊亦可促使血瘀证的形成。“老”可呈现互为因果的循环，不断促进衰老的进程。在进程中，不仅出现肾气虚及脾气虚证候，也可以先后出现其他脏器虚损的证候，这些虚损证候的出现均带有鲜明的增龄性特征。衰老过程中虽然或多或少、或迟或早出现一两脏或两脏以上脏腑气虚、阴亏、血瘀，这只被认为是衰老总过程中特定阶段的特定表现而已，而全身气虚、阴亏以及由此而引发的瘀血内停贯穿衰老的全过程。虽然老年血瘀证主要由气虚、阴亏所致，但临床观察亦提示某些实证如气滞、痰浊亦可促使血瘀证的形成。

四、寿星宝延缓衰老作用

寿星宝(SXB)颗粒剂系根据“虚—瘀—衰老”理论而组方的延缓衰老方剂，具有益气养阴活血之功。其处方由人参、黄芪、黄精、白芍、丹参、三七、水蛭、枸杞子、何首乌等 11 味中药组成。经临床与实验研究证实，SXB 能够从多途径、多系统、多层次发挥延缓衰老作用。

1. 临床研究　通过观察了 SXB 改善 668 例老年人衰老临床表现的疗效，疗程 0.5 年，结果如下。①治疗后证候和症状情况：证候积分下降，总有效率为 85.91%，与还精煎组近似，明显优于维生素 E 组；显效率为 44.63%，高于还精煎组($P<0.05$)。对老年人症状的改善幅度由高而低依次为：神疲乏力、咽干口燥、双目干涩、心悸胸闷、头晕目眩、健忘、肢体麻木、尿后余沥、腰膝酸软和便秘等。②对记忆力的改善情况：能明显提高老年人记忆能力，特别对瞬时记忆、记忆广度的改善明显优于还精煎组($P<0.05$)。同时，能明显提高老年人动作反应能力，显著降低老化指数($P<0.01$)。③实验室研究参数的变化：明显提高红细胞 SOD、全血 GSH - Px 的活性，降低血中 LPO 含量，对 SOD、GSH - Px 的作用优于还精煎组($P<0.01$)；明显提高 RBC - C_3bRR，降低 RBC - ICR，明显提高 CD_3^+、CD_4^+ 水平及 CD_4^+/CD_8^+ 比值；显著提高老年男性睾酮水平，而对雌二醇无明显影响；显

著降低 TG、LDL/HDL、TCH/HDL、TG/HDL 及 Apo－B_{100}；显著降低全血比黏度，提高红细胞变形能力。

2. 实验研究　通过老年大鼠、小鼠、家兔、果蝇等动物模型，证实了寿星宝在改善自由基代谢、调节免疫功能、抗动脉粥样硬化、促进核酸及蛋白质代谢、调节神经内分泌功能及延长实验动物寿限等方面具有广泛的延缓衰老作用。①显著提高老年大鼠红细胞 SOD、过氧化氢酶(CAT)、过氧化物酶(POD)及全血 GSH－Px、心肌 CAT 的活性，降低血清、肝匀浆 LPO 含量；利用辐射复制大鼠自由基损伤模型，发现亦能明显提高 SOD、GSH－Px、CAT 的活性，降低 LPO 含量；又利用 Fenton 反应生成·OH 和 DMSO 在碱性条件下生成·O^{2-}，以 ESR 自旋捕获技术观察到 SXB 对·O^{2-} 和·OH 的生成具有直接清除作用。说明 SXB 既能增加老化机体自由基清除酶的活性，降低老化代谢产物的含量，又能对自由基具有直接的清除作用。②明显增加老龄大鼠胸腺体重指数，提高其 RBC－C3bRR、外周血淋巴细胞转化率和 IgG 的含量，降低 RBC－IC—R；观察通过地塞米松所致免疫低下的模型大鼠，发现 SXB 能提高其吞噬功能、RBC 黏附促进因子水平及 RBC 免疫黏附肿瘤细胞花环率，降低免疫黏附抑制因子水平。③对免疫损伤加高脂饮食诱发的动脉粥样硬化模型家兔，SXB 能显著降低 TC、LDL、Apo－B_{100} 的含量及 TC/HDL、LDL/HDL 的比值($P<0.01$)；降低血浆黏度，升高红细胞电泳率和变形能力($P<0.01$)；降低 TXB_2 含量，升高 6－K/T 的比值($P<0.05$ 或 $P<0.01$)；形态学显示能明显抑制动脉壁平滑肌增生，减少泡沫细胞的形成，减轻内皮细胞和线粒体的肿胀，阻止高密度电子物质的沉积。④显著促进老年小鼠脑、睾丸组织核酸、蛋白质的合成代谢，增加其 DNA、RNA、蛋白质的含量($P<0.05$ 或 $P<0.01$)；对 ^{60}Co 照射损伤后的小鼠，SXB 能不同程度地调节受损的 RNA 和蛋白质的合成代谢。⑤提高老龄鼠脑组织匀浆中 NE、DA 含量，增加 NE/5－HT 比值；阻止随增龄而引起的 T_3 水平降低；升高血中睾酮或雌二醇的含量，使睾丸或卵巢明显增重。⑥明显延长家蚕的上簇时间($P<0.05$)，延长果蝇的平均

寿命。

五、结语

综上所述，10 多年来，韩师等通过大量的中医证候学调查等研究，认为气旺阴充血畅乃生命之本，气虚阴亏血瘀为衰老之根，提出了“虚一瘀一衰老”模式，将益气养阴活血法视为延缓衰老的有效途径。在此基础上，组成延缓衰老新药寿星宝，并通过临床与实验研究证实了其广泛的延缓衰老作用。这为中医延缓衰老学的继承和发展做出了一定贡献。目前，国内经过近 20 年的努力，自然形成了中医药延缓衰老的研究体系。但是，公认的衰老理论与延缓衰老药物尚未面世。从医史文献研究中看，补肾延缓衰老，特别是温补肾阳者较多。近几年临床和实验研究报道的延缓衰老方剂则主要由健脾、益气、补肾、活血四类中药以不同的组合形成。益气养阴活血法是否优于补肾法、脾肾双补法等，有待于今后研究证实。同时，从细胞凋亡、基因调控的角度，探讨 SXB 延缓衰老的作用机制，可以进一步提高“虚-瘀-衰老”模式的科学内涵。笔者相信，经过不断地探索、努力，韩师关于中医药延缓衰老的学术思想及研究成果必将为中医延缓衰老学术的发展发挥重要作用。

阿尔茨海默病动物模型的建立及智脑胶囊干预作用的研究

大量的研究表明，缺乏既能反映阿尔茨海默病（Alzheimer 病，AD）行为学改变，又能出现典型的 AD 神经病理学特征的 AD 动物疾病模型，是阻碍 AD 进一步深入研究的症结所在。本实验在参考国外文献的基础上，改进并成功制作出既有 AD 的行为学改变，又有反映 AD 病理变化的 β-淀粉样蛋白（β-AP）沉积的 AD 大鼠模型，并观察了中药复方智脑胶囊对实验性 AD 模型大鼠行为学改变（学习、记忆等）、脑组织病理学变化（β-AP 沉积）等指标的干预效应，以探讨智脑胶囊的作用机理。

一、材料与方法

1. *动物*　Wistar 雄性大鼠，体重 250～300g，购于安徽省医学研究所医学实验动物中心。适应性喂养 1 周，饲料为市售固体饲料（购于安徽医科大学实验动物中心），饮自来水。除实验时外，可自由摄食和饮水。

2. *药物*　智脑胶囊（由黄精、党参、川芎、石菖蒲等中药组成，每粒 0.5g，相当于生药 3g，由安徽中医学院第一附属医院制剂室提供），配制成水溶液，实验时稀释至所需浓度；脑复康（上海信谊药厂产品），配制成 100mg/ml 溶液。均 4℃保存，灌胃时温服。

3. *主要试剂*　β-淀粉样肽（1～40）和兔抗 $β_2$ 淀粉样肽（1～40）单克隆抗体，均为美国 Sigma 公司产品；抗生物素蛋白-生物素-过氧化物酶标准试剂盒（ABC 标准试剂盒）及二抗生物素化抗体羊抗兔，为美国 Vector 公司产品；二氨基联苯胺（DAB）由吉泰公司提供（美国 Vector 公司产品）；转移生长因子 $β_1$（TGF-$β_1$）为华美公司产品；其他试剂均为市售分析纯或化学纯试剂。

4. *主要仪器*　恒冷箱切片机，美国 DAMON/IEC DIVISION 制

造;高速台式离心机,上海医疗器械品厂生产;721分光光度计,上海第三分析仪器厂出品;NikonE800显微图像分析系统,日本Nikon公司产;江湾Ⅰ-C型立体定位仪,上海第二军医大学仪器厂生产。

二、实验过程

1. 动物分组　Wistar大鼠,随机分为正常组、假注射组、模型组、模型加脑复康对照组(简称"阳性药组")和模型加智脑胶囊Ⅰ组($2g \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$)和Ⅱ组($4g \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$)(简称智脑Ⅰ组、智脑Ⅱ组),每组10只。

2. 动物模型制备　参照Nabeshima和Fraut schy的方法并进行改进,具体方法如下:3%戊巴比妥钠40mg/kg腹腔注射,麻醉大鼠,将鼠头固定于江湾Ⅰ-C型立体定位仪上保持前后囟在同一水平,剪开头发,暴露前囟,按大鼠脑立体定位图谱进行定位,在前囟点后方112mm,中线旁开210mm,用PK500牙科钻钻一小孔,垂直插入一小塑料管(PE210,美国),深度为4mm(达侧脑室),将小管固定于大鼠头顶骨,局部撒复方新诺明药粉防止感染,缝合头皮,术后肌肉注射青霉素每只8万U/d。模型组每只侧脑室内给予β-AP 2μg/d,连续14天。同时,于首次实验时在大鼠背侧丘脑(-211mmAP,+114mmML和-416mmDV),用微量进样器显微注射转移生长因子β 110ng 1次,注射5min,留针3min。假注射组给予等体积的人工脑脊液,手术中注意动物呼吸(避免呼吸道阻塞)、体温(用动物体温维持仪保持动物体温)。在β-AP末次注射7天后进行大鼠被动回避条件反应和空间学习记忆力测试。

3. 给药方法　造模成功后(通过行为学测试及病理学观察证实),开始给药。智脑胶囊两组分别给予大鼠智脑胶囊水溶液2g/kg体重、4g/kg体重灌胃,正常组、模型组均给予等容积的生理盐水灌胃;而阳性药组灌胃脑复康混悬液100mg/kg体重,连续28天。

4. 指标观察及测定　①一般情况:包括大鼠神志、活动、毛发、饮食等。②学习记忆指标:在侧脑室β-AP末次注射7天后,分别采用

避暗法和水迷路法，观察大鼠学习记忆能力，以大鼠在明室停留时间超过 300s 为判定标准，观察大鼠在有灯的明室内的停留率，每天训练 10 次，连续 5 天，第 6 天测试。水迷路实验，大鼠训练以 90s 为限，若在此时限内动物不能到达平台，则训练停止并记录成绩为 90s，每天 2 次，连续 5 天。以大鼠自放入水中至找到平台时间作潜伏期，灌胃 28 天后，重复上述方法进行复测。③实验性 AD 模型大鼠大脑皮层、海马结构 CA1 区 β－AP 沉积斑数目和截面积：在 β－AP 末次给药后 12 天（即行为学实验进行后），取 β－AP 侧脑室注射大鼠 6 只，作脑组织形态学观察，了解大脑层、海马有无 β－AP 沉积斑。并和正常组（4 只），假注射组（4 只）对照观察，以了解造模是否已造成大鼠大脑病理形态学改变。取造模成功的大鼠连续灌服中药智脑胶囊 28 天后进行行为学指标复测，并观察智脑胶囊对实验性 AD 模型大鼠大脑皮层、海马 CA1 区 β－AP 沉积的影响。具体方法为先将大鼠称重麻醉，剪开胸腔，暴露心脏，主动脉灌流，先以 0.9％生理盐水 100ml 快冲，继之以 4％多聚甲醛（pH7.4）灌流 30min，至动物尸体展开，肢体变硬为止。取出大脑，置 4％多聚甲醛/0.1MPB 中，后固定 6h，再分别移至 10％、20％、30％蔗糖/0.1MPB 中，每步均以沉淀为准；恒冷箱连续切片，片厚 20μm，3 张取 1 张。开始作免疫组化，在脑片上滴加 0.3％ H_2O_2 30min；5％小牛血清白蛋白（BSA）、1％大鼠血清及 1％山羊血清，共同孵育 20min；滴加按 1∶100 稀释的兔抗人 β－AP（1～40）单克隆抗体，每次均取 2 张脑片作阴性对照，4℃过夜；滴加生物素标记的二抗（山羊抗兔 IgG 1∶250）孵育切片 1h；加 ABC 复合物（1∶100，10μg/ml 抗生物素蛋白＋215μg/ml 生物素-过氧化酶）45min；DAB/H_2O_2/$CoCl_2$/NH_4NiSO_4（除 H_2O_2 按 1∶100 配制外，余则按 1∶50 配制）室温显色为黑色，边加样边观察，镜下出现黑色，入水终止反应，超出 30min，即染不出。注意上述步骤自切片后做免疫组化开始，每步之后均用 PBS 洗涤，系列酒精脱水，二甲苯透明封片。在光镜下进行脑片观察，按包新民等主编的大鼠脑立体定位图谱，对选取的大脑顶部皮层、海马 CA1 区进行定位（同一区域切片组织块三维定位相

同)，随机选取相同张数的脑片在光镜下观察形态，并在 Nikon E800 显微图像分析系统下对大脑皮层、海马 CA1 区 β-AP 沉积斑作定量分析，计算每平方毫米 β-AP 沉积斑数目和截面积(μm^2)。

④统计学方法：配对资料采用 t 检验。

三、结果

1. 一般情况观察　模型组与其他组比较，大鼠活动减少，体毛少泽，晦暗不顺，神情呆滞，反应欠灵，食欲减退。

2. 智脑胶囊对 AD 模型大鼠学习记忆的影响　①β-AP 侧脑室注射对大鼠空间辨别学习记忆能力的影响：(具体见表 1)假注射组和正常组在水迷路中潜伏期均值上无明显差异，表明注射本身对实验结果无影响。模型组和正常组、假注射组比较，其潜伏期明显延长，以测试第 3、4、5 天最为明显，差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)；显示随测试时间延长，β-AP 损害作用愈加明显，表明 β-AP 侧脑室注射可造成大鼠明显空间辨别学习记忆的障碍。②β-AP 侧脑室注射对大鼠被动回避反应的影响：用避暗法观察所得结果显示，模型组大鼠的明室停留率(35.3%)明显低于正常组(93.5%)和假注射组(86.4%)；模型组与正常组和假注射组比较差异有显著性($P<0.01$)；而正常组与假注射组比较无明显差异($P>0.05$)，表明模型组已造成大鼠学习记忆能力下降。③智脑胶囊对实验性 AD 模型大鼠空间辨别学习记忆能力的影响：(具体见表 2)模型组和正常组比较，有显著的空间辨别学习记忆能力障碍。随着测定天数的后延，其表现得更为明显。与模型组比较，阳性药组对大鼠空间学习记忆有一定改善作用，但以第 5 天明显($P<0.05$)。而智脑胶囊两剂量组可明显改善实验性 AD 模型大鼠空间辨别学习记忆障碍，差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)，且作用优于阳性药组，但智脑胶囊两组间无统计学差异。④智脑胶囊对实验性 AD 模型大鼠被动回避反应的影响：用避暗法观察结果表明，正常组、模型组、阳性药组、智脑Ⅰ组、智脑Ⅱ组的明室停留率分别为 92.6%、28.7%、60.5%、73.3%、86.0%。智脑胶囊两剂量组均能明

显提高大鼠明室停留率，与模型组比较，差异有显著性（$P<0.05$ 或 $P<0.01$）；与正常组比较，其跳台停留率虽不及正常组，但无明显统计学差异。阳性药组与模型组比较，差异也有显著性（$P<0.05$）。智脑Ⅱ组与阳性药组比较，差异有显著性（$P<0.05$）；表明智脑Ⅱ组药效优于阳性药组。

表 1　β－AP 侧脑室注射对大鼠空间辨别学习记忆能力的影响（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	平均潜伏期(s)				
		1d	2d	3d	4d	5d
正常组	10	85.4±4.6	61.4±11.3	40.2±12.1	33.5±10.2	30.1±12.4
假注射组	10	84.2±5.8	63.5±12.4	42.1±11.5	31.4±11.8	35.2±11.6
模型组	10	85.6±4.4	80.6±9.4	78.4±11.6*	78.1±11.9*	79.2±11.8**

注：与正常组比较 * $P<0.05$，** $P<0.01$。

表 2　智脑胶囊对实验性 AD 模型大鼠空间辨别学习记忆能力的影响（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	平均潜伏期(s)				
		1d	2d	3d	4d	5d
正常组	10	76.2±13.8	61.4±10.5	41.3±11.2	31.6±8.7	32.2±11.2
模型组	10	89.3±0.7	88.4±0.6*	86.5±3.5*	84.1±5.9**	83.4±6.6**
阳性药组	10	80.3±9.7	78.5±11.5	76.4±13.6	58.2±10.3	52.6±11.4△
智脑Ⅰ组	10	72.1±8.5△	61.5±11.2△	42.7±12.1△△	36.1±11.6△△▲	30.4±10.7△△▲
智脑Ⅱ组	10	76.4±13.6△	60.4±15.3△	41.6±11.2△△▲	32.6±10.5△△▲	30.5±11.4△△▲

注：与正常组比较 * $P<0.05$，** $P<0.01$，与模型组比较，△ $P<0.05$，△△ $P<0.01$ 与阳性药组比较，▲ $P<0.05$。

⑤智脑胶囊对实验性 AD 模型大鼠大脑皮层、海马结构 CA1 区 β－AP沉积的影响：（具体见表 3）模型组在大脑皮层、海马等处出现有明显的 β－AP 沉积斑等特征性病理变化，而正常组和假注射组大鼠免疫组化染色未见明显 β－AP 阳性斑块。模型组在大脑皮层、海马 CA1 区可见许多散在Ⅱ～Ⅲ型淀粉样蛋白沉着（其分型标准为：Ⅰ型为碎片样沉着；Ⅱ型为均质的淀粉样蛋白沉着斑；Ⅲ型为中心有核，核周围有晕的蛋白沉着斑），偶可见呈梭形和锥形 β－AP 阳性反应神经元。大鼠灌胃药物 28 天后，智脑Ⅰ组和阳性药组大鼠大脑皮层、海马结构 CA1 区 β－AP 沉积斑数目及截面积减少，但差异无显著性。

而智脑Ⅰ组与模型组相比较，上述数值差异显著（$P<0.05$），智脑Ⅱ组与模型组及阳性药组比较，上述数值亦存在显著性差异（$P<0.05$ 或 $P<0.01$）。而阳性药组与模型组比较虽有减少，但差异无显著性。

表3　智脑胶囊对实验性AD模型大鼠大脑皮层、海马结构CA1区β-AP沉积斑数目和截面积变化的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	n	β-AP沉积斑数目(个/mm^2)		β-AP沉积斑截面积(个/mm^2)	
		大脑皮层	海马结构CA1区	大脑皮层	海马结构CA1区
模型组	8	32.5±6.7	21.4±5.3	1904.3±86.3	1466.3±98.4
阳性药组	8	26.3±5.4	20.5±4.1	1632.5±86.5	1381.1±81.5
智脑Ⅰ组	8	20.1±6.3*	14.5±4.6*	1352.6±80.1*	1120.5±83.6*
智脑Ⅱ组	8	17.2±5.2**△	11.3±5.1**△	1240.3±68.4**△	1007.3±65.4**△

注：与模型组比较* $P<0.05$，** $P<0.01$；与阳性药组比较，△ $P<0.05$。

四、讨论

研制理想的AD动物模型是近年来AD研究的热点。由于AD病因学多因异质的特点，近年来虽然复制出许多AD动物模型，但多数未能很好反映或较接近反映AD患者的临床全貌而仅模拟了AD的行为学改变，对反映AD主要病理特征却未能在模型中较好地加以解决。β-AP沉积学说是当今公认的造成AD的关键病因学说。据此，国外学者采用β-AP侧脑室输注造成AD动物模型，并认为这一模型是转基因AD模型的有益补充，但存在着造模方法复杂、稳定性差、成功率不高等诸多不足。由于β-AP(1～40)是体内淀粉样肽的主要形式之一，其可溶性较β-AP(1～42)强，是啮齿类动物SP的主要成分，同时因动物体内存在着β-AP的清除机制，而后者往往是啮齿类动物造模包括转基因动物模型缺少产生β-AP沉积的原因之一。故使用TGF-β1可抑制β-AP的清除。因而上述试剂在本实验中被选用。此外，由于雌激素有抗AD作用对造模不利。故实验所选动物以雄性或老年雌性鼠为宜。本研究在参考国外文献的基础上，经过改进，成功地制作出既有大鼠行为学变化，又有脑内β-AP沉积的神经病理学改变的AD大鼠模型。这显示了该AD模型大鼠的上

述改变与临床较为接近，且具良好的稳定性、较高的成功率和较短的制作周期，从功能和形态两方面为 AD 药物机理及筛选研究提供具有较高实用价值的动物模型。

本研究以上述 AD 模型大鼠为研究对象，观察了智脑胶囊对该模型大鼠一次性被动回避反应和空间辨别学习记忆能力的影响。结果显示，智脑胶囊能明显缩短模型大鼠平均潜伏期，提高模型大鼠明室停留率。与 AD 模型组比较，差异有显著性；且药效优于脑复康阳性药组，表明智脑胶囊可改善实验性 AD 模型大鼠学习记忆能力，有助于 AD 的临床治疗。

大量研究表明，AD 是一种中枢神经系统 β-AP 沉积症，且淀粉样蛋白沉积数量的多寡与 AD 严重程度呈正相关。本研究结果显示，实验性 AD 模型大鼠皮层、海马 CA1 区有明显的 β-AP 沉积。治疗后，智脑胶囊两组均能显著减少上述区域内 β-AP 沉积斑数目和截面积，表明智脑胶囊可抑制和清除实验性 AD 模型大鼠大脑皮层和海马 CA1 区的 β-AP 沉积，改善与学习记忆等密切相关的皮层、海马 CA1 区神经元功能，达到易化学习记忆的目的。

高血压病的中医诊治

心脑血管疾病是中老年人健康的主要杀手之一，高血压病就是杀手背后的黑手。如何发挥中医药在防治高血压病中的特色和优势，是我们中医药工作者义不容辞的任务。中医治疗高血压的特色主要有以下几点：

一、改善病人症状、调整机体病理和生理状态

中医药治疗高血压病不仅仅或不主要针对血压本身，而是针对高血压患者个体的病理、生理状态，表现为改善中医证候。如①血压病早期或青壮年患者，表现为头晕耳鸣，头胀头痛，心烦易怒，口苦目赤，失眠多梦，便秘尿赤，舌红苔黄，脉弦等肝阳上亢或肝火上炎证候；②中老年高血压患者表现为眩晕，视物昏花，双目干涩，腰膝酸软，舌红少苔，脉细弦等肝肾阴虚证候；③高血压病后期有靶器官损害的，多伴有面唇紫暗，舌有瘀点、瘀斑，舌下瘀筋等瘀血阻络证候；④高血压病肾病或肾性高血压患者常见形寒肢冷，小便清长，头面下肢浮肿，夜尿频多，腰膝酸软等肾阳虚或阴阳两虚证候。中医分别采用平肝潜阳、清肝泻火、滋养肝肾、化瘀活血、温补肾阳或温阳育阴等治法，多能明显改善上述症状，提高生活质量，曾有统计有效率达 90%以上，显效率达 50%以上，有着降压西药不能取代的疗效。

笔者临床治疗高血压病，常合并使用六味地黄丸。高血压病主要病机为肝肾阴虚，由阴虚而致肝阳上亢，虚火上炎，虚风内动，阴损及阳而致阴阳两虚，而同时肝阳偏亢，肝火偏亢又可耗伤肝肾阴液，故用六味地黄丸补肝肾之阴而固其本，既可改善阴虚症状，又能稳定持久地降压，与西药降压药合用，可减少血压波动。动物实验证实，六味地黄丸煎剂可明显降低麻醉鼠血压，对心率、心肌收缩力及心电图无影响，表明其降压作用可能与扩张外周血管，降低血管阻力有关。

二、改善患者血压昼夜节律紊乱

动态血压检测技术的临床应用使人们对高血压昼夜节律及生理波动有了基本认识。大多数轻、中度高血压病患者总体血压偏高，昼夜波动幅度较小，若病情进一步发展，昼夜节律减弱或消失，可能预示将发生心脑血管事件。我们针对高血压患者肝火上炎，肝阳上亢等证候类型，采用黄连、夏枯草、葛根、水蛭等组成四安胶囊与西药依那普利联合应用，结果表明能平稳控制 24 小时血压，使 70%以上血压昼夜节律紊乱者恢复正常，对减轻靶器官损害和改善心脑血管危险具有重要意义。

三、改善与高血压相关的代谢内分泌紊乱

已知高血压病不仅有血液动力学的异常，而且伴随多种代谢内分泌的紊乱，如胰岛素抵抗，糖耐量下降，高胰岛素血症，极低密度脂蛋白增高，高密度脂蛋白下降等。我们应用四安胶囊治疗胰岛素抵抗大鼠，不仅使其收缩压和舒张压明显下降，改善大鼠血糖、血脂、血液黏度、凝血及纤溶系统。联合运用四安胶囊和依那普利能降低高血压患者胰岛素和 C 肽水平，改善胰岛素抵抗，提高胰岛素敏感指数，降低血糖及血清 TG、CH、LDL 水平，提高 HDL 水平，较单用依那普利组有显著性差异或高度显著性差异。

四、降低血液黏度，改善血液流变性

高血压病为慢性疾病，中医认为久病入络，久病必瘀，故常用水蛭、地龙、丹参等活血化瘀药物，通过扩张血管，改善血液流变性，降低外周阻力而降低血压，有利于保护高血压患者的靶器官。我们联合运用四安胶囊和依那普利治疗还能明显降低高血压病人全血比黏度、血浆比黏度，较单用依那普利对照组有显著性差异，提示中药可通过降低外周血管阻力而促进降低血压。

综上可见，中医药治疗高血压病可以改善患者症状，调整患者生

理状态，降低血压，使昼夜节律紊乱血压恢复正常，改善患者内分泌及代谢异常。此外还具有副作用少，安全性高的特色，除了少数或者个别患者有胃肠不适或皮肤敏感外，一般不会引起直立性低血压。同时，合理使用具有降压作用的中药不引起降压西药常见的心脑肾损伤。

无可否认，中医药治疗高血压病存在许多不足之处，如降压作用缓慢，降压幅度偏低，不适用于重症高血压急需快速降压的患者以及治疗高血压常用的中药汤剂口感差，而常用的治疗高血压病的中成药较西药而言，也存在单剂量偏大，服用次数多等缺点。因此，目前中医药治疗高血压病尚处于辅助治疗的地位。

中医药治疗高血压病如何扬长避短，是我们当代中医必须面临的问题。对于中医药治疗高血压病可能的优势，尚需采用临床科学研究的方法去进一步证实，不断地寻找显效、速效而安全的中医药降压方法和药物，研制更为方便的中药剂型，才能最大限度发挥中医药防治高血压病的特色和优势。

（选编者按：我们在韩明向教授公开发表的200余篇论文中，选编20篇能基本代表他的主要学术观点和工作的论文，这些论文都是以第一作者或通讯作者、独著发表，也有部分是他的研究生和学徒总结韩教授临床经验而发表的论文，特此说明。）

（韩　辉　吴丽敏整理）

附录　韩明向名老中医学术传承

一、培养博士研究生 8 名

入学时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
1997	杨文明	男	主任医师、教授、博士后、博士研究生导师，安徽省中医院副院长兼神经内科主任	中医和中西医结合防治脑血管病（中风病）、帕金森病、头痛、癫痫、失眠、眩晕、面瘫、老年痴呆、肝豆状核变性等疾病。
1997	梁兴伦	男	医学博士、副主任医师、副教授、硕士研究生导师，上海交通大学附属新华分院杨浦区中心医院干部保健科主任	中医药防治老年病
1998	方朝晖	男	教授、主任医师、医学博士、硕士研究生导师，安徽省中医院内分泌科主任	中医药防治代谢内分泌病的临床研究
1999	张念志	男	医学博士、主任医师、副教授、硕士研究生导师，安徽省中医院呼吸内科主任	中医药防治呼吸疾病临床研究
2000	刘健	男	医学博士、主任医师、教授、博士研究生导师，安徽省中医院常务副院长	中医、中西医治疗风湿性疾病如类风湿关节炎、干燥综合征、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎等及中医药延缓衰老、老年保健

入学时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
2000	张梅	女	副主任医师、副教授、硕士研究生导师，安徽省立医院中医科	中医药防治肿瘤和老年病
2001	李平	男	医学博士、主任医师、教授、硕士研究生导师，安徽省立医院中医科主任	中医药防治肿瘤和老年病
2002	朱慧志	女	医学博士、副主任医师，安徽省中医院呼吸内科	中医药防治呼吸疾病

二、培养硕士研究生 41 名

入学时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
1987	王亿平	男	主任医师、硕士研究生导师，安徽省中医院肾内科主任	中医药防治肾脏疾病
1988	史东岩	男	因病去世	
1989	李平	男	主任医师、硕士研究生导师、医学博士，安徽省立医院中医科主任	中医药防治肿瘤、骨关节病
1990	李泽庚	男	主任医师、副教授、硕士研究生导师，安徽中医学院副院长	中医药防治呼吸疾病的基础研究
1990	张念志	男	主任医师、医学博士、硕士研究生导师，安徽省中医院呼吸内科主任	中医药防治呼吸疾病的临床研究
1990	雷磊	男	教授、医学博士、博士研究生导师，湖南中医药大学中西医结合基础研究室主任	中西医结合防治妇科血证及针灸防治冠状动脉成形术后再狭窄
1991	方朝晖	男	教授、主任医师、医学博士、硕士研究生导师，安徽省中医院内分泌科主任	中医药防治内分泌疾病

入学时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
1991	陈华东	男	副主任医师、副教授，广州解放军第421医院预防保健科主任	中医药防治老年病、心血管疾病
1991	赵泽红	男	医学硕士、副主任医师，广州益寿医院内科主任	中医药防治心血管疾病
1991	胡海燕	女	副教授，温州医学院中医系副主任	从事于中医学的教学、临床和科研工作，研究领域为老年期精神疾病的防治
1992	梁兴伦	男	副主任医师、副教授、硕士研究生导师，上海杨浦区中心医院干部保健科主任	中医药防治老年病
1993	孔红兵	男	安徽省中医院第二附属医院副主任医师	针灸防治腰腿痛等疾病
1994	杨文明	男	主任医师、教授、博士后，安徽省中医院副院长	中医药防治脑血管疾病
1994	王艳昕	女	医学硕士，安徽省中医院副主任医师	中医药防治脑血管疾病
1994	郭忠	男	安徽省中医院副主任医师	中医药防治中医内科疑难杂症
1995	茹铁周	男	江苏省昆山市中医院内科主治医师	中医药防治心血管疾病
1995	孙敏	女	安徽大学生命科学学院副教授、博士后	中药药理学
1995	丁昰东	男	医学博士，安徽医科大学第二附属医院特诊科	心血管介入治疗
1996	朱慧志	女	安徽省中医院呼吸内科副主任医师	中医药防治呼吸疾病
1996	董梅	女	安徽省中医院心血管内科副主任医师	中医药防治心血管疾病

入学时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
1997	张梅	女	安徽省立医院中医科副主任医师	中医药防治肿瘤
1997	邹晓华	女	安徽省中医院消化内科副主任、副主任医师	中医药防治消化系统疾病
1997	汪瀚	男	安徽省中医院神经内科副主任、副主任医师	中医药防治脑血管疾病
1997	徐燕	女	合肥工业大学校医院全科医师	内科学
1998	张皖东	男	医学博士，安徽省中医院风湿科主治医师	中医药防治风湿疾病
1998	邵正斌	男	安徽省中医院心血管内科副主任医师	中医药防治心血管疾病，擅长心脏介入
1998	钱力维	女	安徽省中医院干部内分泌科	中医药防治老年内分泌疾病
1998	章小平	女	安徽省中医院消化内科主治医师	中医药防治消化疾病
1998	戴国华	男	医学博士，博士后	中医药防治心脑血管疾病
1999	程晓昱	女	安徽省中医院心血管科副主任，主任医师	中医药防治心血管疾病研究
1999	吴丽敏	女	安徽省立医院博士、博士后、助理研究员	生殖医学基础
1999	丁怀顺	男	医学硕士，蒙城县中医院院长、副主任医师	中医药防治消化疾病
2000	徐意	男	北京中研同仁堂医药研发有限公司临床医学部主任、副研究员	中药复方新药研发

入学时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
2000	陈炜	女	医学硕士，安徽省中医院呼吸内科主治医师	中医药防治呼吸疾病
2000	鲍道林	男	安徽医学高等专科学校培训部主任	基础医学
2000	刘晓辉	男	中国人民解放军第52医院肾内科主治医师	中医药防治肾脏疾病
2001	徐升	女	医学博士，安徽省中医院呼吸内科主治医师	中医药防治呼吸疾病
2001	姚淮芳	女	安徽省中医院干部心血管科主任医师、硕士研究生导师	中医药防治老年心血管疾病
2001	王桂珍	女	安徽省中医院风湿科住院医师	中医药防治风湿疾病
2002	丁小娟	女	安徽省中医院肿瘤科住院医师	中医药防治肿瘤
2002	王鸣瑞	男	安徽中医学院全科医学讲师	全科医学、医学统计学

三、培养国家级高徒4名

跟师时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
1997	刘健	男	医学博士、主任医师、教授、博士研究生导师，安徽省中医院常务副院长	中医、中西医结合治疗风湿性疾病
1997	程皖	女	主任医师，安徽省中医院肾内科副主任	中医药防治肾脏疾病
2009	牛云飞	女	安徽省中医院内分泌科副主任，主任医师	中医药防治内分泌疾病
2009	余惠平	女	安徽省中医院小儿科主任医师，硕士研究生导师	中医药防治小儿疾病

四、培养省级高徒3名

跟师时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
1989	李中南	女	主任医师、硕士研究生导师，安徽省中医院干部保健办主任	中医药防治内分泌疾病
1989	许成群	男	主治中医师，淮北市中医院糖尿病科主任	中医药防治内分泌疾病
1989	来正华	男	副主任医师	中医药防治疑难杂症

五、培养香港地区高徒5名

跟师时间	姓名	性别	职称、职务	主要研究方向
2006	翁汉威	男	香港私人执业中医师及物理治疗师	中医临床与保健
2006	张蕙颐	女	香港执业中医师	中医药防治内科疾病
2007	罗洁馨	女	香港执业中医师	中医药防治内科疾病
2007	黄德如	女	香港大学中医药内科硕士、香港大学中医全科学士，中文大学社会科学学士	主持健康咨询栏目
2007	张艾英	女	香港政府注册中医师	中医临床